

Hilla Sirviö ja Veera Vilmi

# Sepelvaltimotautipotilaan kotiutusvaiheen potilasohjaus

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

20.11.2014

Tekijät Otsikko  Sivumäärä Aika	Hilla Sirviö ja Veera Vilmi Sepelvaltimotautipotilaan kotiutusvaiheen potilasohjaus Katsaus kirjallisuuteen 33 sivua + 3 liitettä 20.11.2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Lehtori Anu Leppänen
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla sepelvaltimotautipotilaan ohjaustarpeita kotiutusvaiheessa. Tavoitteenamme oli tuottaa sellaista tietoa, jota terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää koulutuksessaan ja sepelvaltimotautipotilaan kotiutusvaiheen ohjauksen kehittämisessä. Hyvä potilasohjaus on tärkeä osa hoitotyötä ja sen kehittämällä on myönteisiä vaikutuksia muun muassa potilaiden terveyteen, terveyden edistämiseen ja kansantalouteen.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin mukailemalla kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Tutkimusaineisto kerättiin hoitotieteellisistä tietokannoista: Medic, Pubmed ja Cinahl. Tutkimusaineisto muodostui kuudesta hoitotieteellisestä tutkimusartikkelista ja yhdestä hoitotieteen väitöskirjasta. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen.</p> <p>Keskeisempiä opinnäytetyön tuloksia sepelvaltimotautipotilaan ohjauksen edistämiseksi ovat: riittävä ohjaus sepelvaltimotaudista, riittävä ohjaus sepelvaltimotaudin hoidosta, ohjauksen eteneminen potilaslähtöisesti, omaisten huomioiminen ohjauksessa, potilasohjauksen tasokas toteuttaminen, potilaan taustatekijöiden huomioiminen ohjauksessa ja ohjaus hyvistä elämäntavoista.</p> <p>Opinnäytetyön keskeisempiä tuloksia sepelvaltimotautipotilaan ohjauksen estävistä tekijöistä ovat: riittämätön ohjaus sepelvaltimotaudista ja sen hoidosta, elämäntapaohjauksen puute, riittämättömät resurssit ja ohjausmenetelmien yksipuolisuus, hoitajan puutteelliset ohjaustaidot ja taloudellisen pärjäämisen sekä sosiaalisentuen saannin puute.</p> <p>Sepelvaltimotaudista ja ohjauksesta on paljon tutkittua tietoa. Erityisesti on useita suomalaisia tutkimuksia sepelvaltimotautipotilaan ohjauksesta. Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajien tietotasossa on puutteita, ohjausmenetelmiä tulisi käyttää monipuolisemmin ja potilaiden taustatekijät vaikuttavat ohjaukseen. Ohjaus painottuu usein väärään ajankohtaan, eikä sitä ole tasaisesti hoidon aikana, joka estää ohjauksen onnistumista. Tutkimuksista kävi ilmi, että sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa on myös paljon hyvää ja potilaat ovat usein tyytyväisiä ohjaukseen.</p>	
Avainsanat	sepelvaltimotauti, potilasohjaus, kirjallisuuskatsaus

Authors Title Number of Pages Date	Hilla Sirviö and Veera Vilmi Patient Education Needs of a Coronary Patient During Discharge from the Hospital - Literature Review 33 pages + 3 appendices 20 November 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Anu Leppänen, Senior Lecturer
<p>The purpose of our thesis was to describe the patient education needs of a coronary patient during discharge from the hospital. Our goal was to produce information which healthcare professionals could use in their education and improving/developing education of a coronary patient. Adequate patient counselling is an important part of nursing practice and improving/developing it has positive effects in patients' health, health promotion and national economy.</p> <p>Our thesis was executed by adapting the principles of literature review. Research material was gathered from scientific nursing databases such as Medic, Pubmed and Cinahl. The material consisted of six research articles and one thesis in nursing sciences. Our material was analysed by using methods of inductive content analysis.</p> <p>We found out that the most essential factors contributing to patient education of a coronary patient were: Adequate patient education about coronary artery disease and its treatment, patient-centered education and including patients relatives in patient counselling, high quality of the patient education, taking patients background into account in patient education and guidance/counselling for healthy lifestyle.</p> <p>The results of the main factors which hinder the patient education were: inadequate patient education about coronary artery disease and its treatment, the lack of healthy lifestyle guidance/counselling, lack of resources, unilateral methods in patient education, nurses inadequate skills in patient education. Also the lack of economical well-being and insufficient social support affected patient education negatively.</p> <p>Considerable amount of scientific information, especially multiple Finnish studies, can be found about coronary artery disease and patient education. According to the results there are weaknesses in nurses' competence and more diverse patient education methods should be utilized. Guidance is often given in wrong phase of the treatment period and it is not evenly distributed during the period, which prevents successful patient education. It also transpired that there are many positive sides in patient education of a coronary patient and patients were often satisfied with the education they received.</p>	
Keywords	coronary artery disease, patient education, literature review

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus	2
2.1	Potilasohjaus	2
2.2	Sepelvaltimotauti	5
2.3	Sepelvaltimotautipotilaan hoitopolku	6
2.3.1	Ensihoito ja sairaalavaihe	7
2.3.2	Kotiutumisvaihe	8
2.3.3	Kotiutumisen jälkeinen vaihe	11
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	12
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	12
4.1	Kirjallisuuskatsaus	12
4.2	Aineiston valintakriteerit ja hankinta	13
4.3	Aineiston analysointi sisällönanalyysillä	14
5	Tulokset	17
5.1	Ohjausta edistävät tekijät kotiutumisvaiheessa	17
5.2	Ohjausta estävät tekijät kotiutumisvaiheessa	21
6	Pohdinta	24
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu	24
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	26
6.3	Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	28
6.4	Opinnäytetyön merkitys	29
7	Lähteet	31

### Liitteet

Liite 1. Tiedonhaku-aulukko

Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Liite 3 Analyysitaulukot

## 1 Johdanto

Sepelvaltimotaudin sairaalahoitojaksoja Suomessa on joka vuosi noin 70 000 (Käypä hoito 2009). Sepelvaltimotaudin sairaalahoitoajat ovat lyhentyneet, mikä tuottaa uusia haasteita potilasohjaukselle ja neuvonnalle. On havaittu, että potilasohjauksen suurimmat puutteet painottuvat sairaalassaolon jälkeiseen vaiheeseen. Potilaiden ohjaus on usein riittämätöntä esimerkiksi lääkehoitoon tai sairauteen liittyen. (Mäkinen – Penttilä 2007.) Hoidon laadun ja sujuvuuden kannalta potilaan ohjaus on merkittävässä asemassa.

Potilasohjauksella tarkoitetaan käytännöllisen opastuksen antamista, hoitajan ohjauksen alaisena toimimista, asiakkaan johtamista tai potilaan toimintaan vaikuttamista. Ohjauksella pyritään edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä. Ohjauksessa hoitaja on oman alansa ja potilas oman elämänsä asiantuntija. Ohjauksessa pyritään aina toimimaan tavoitteellisesti, jotta päädyttäisiin potilaan kannalta parhaaseen mahdolliseen lopputilanteeseen. (Kyngäs ym. 2007: 25-38.)

Potilasohjauksen kehittämisessä on tärkeää, että hoitaja tiedostaa mistä laadukkaassa ohjauksessa on kyse. Laadukkaan ohjauksen antamisen edellytyksenä on, että hoitaja tiedostaa omaa ohjausta koskevat lähtökohdat. Laadukas ohjaus perustuu tieteellisesti tutkittuun tietoon tai hyvään käytännön kokemukseen. Hoitajan täytyy jatkuvasti päivittää tietojaan, jotta voi antaa potilaalle asianmukaista tietoa. Hyvin onnistunut ohjaus vaikuttaa potilaiden terveyteen ja sitä edistävään toimintaan ja kansantaloudellisiin säästöihin. (Kääriäinen 2008: 10-14.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla sepelvaltimotautipotilaan ohjaustarpeita kotiutusvaiheessa. Tavoitteenamme on tuottaa sellaista tietoa, jota terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää koulutuksessaan ja sepelvaltimotautipotilaan kotiutusvaiheen ohjauksen kehittämisessä. Potilasohjaus on tärkeä osa hoitotyötä ja sen kehittämisellä on myönteisiä vaikutuksia hoitoon.

## 2 Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus

### 2.1 Potilasohjaus

Ohjauksen synonyymeina voidaan käyttää esimerkiksi koulutusta, kasvatusta tai valmennusta. Potilasohjauksella tarkoitetaan muun muassa käytännöllisen opastuksen antamista, hoitajan ohjauksen alaisena toimimista, potilaan johtamista tai potilaan toimintaan vaikuttamista. Potilasohjauksella pyritään edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä. Potilas toimii ohjauksessa aktiivisena ongelman ratkaisijana ja hoitaja tukee potilasta päätöksentekoon, mutta ei kuitenkaan anna valmiita vastauksia hänelle. Potilasohjaus on muuta keskustelua suunnitelmallisempaa. Potilasohjauksessa hoitaja on oman alansa ja potilas oman elämänsä asiantuntija. Ennen potilasohjausta on hyvä kartoittaa potilaan lähtötilanne ja mahdollisuus sitoutua omaa terveyttä tukevaan toimintaan, jotta potilaan yksilöllisiin tarpeisiin voitaisiin vastata. Potilasohjaukseen vaikuttavat useat eri tekijät, niin fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät kuin ympäristötekijätkin. (Kyngäs ym. 2007: 25-38.)

Potilasohjauksen kehittämisessä on tärkeää, että hoitaja tiedostaa mistä laadukkaassa ohjauksessa on kyse. Ensimmäinen kriteeri laadukkaaseen potilasohjaukseen antamiselle on, että hoitaja tiedostaa omaa ohjaustaan koskevat lähtökohdat, esimerkiksi mitä ohjaus on ja miksi ohjataan. Kun hoitaja tietää potilasohjauksen taustalla olevasta filosofiasta ja etiikasta, tulee ohjauksestaakin perusteltua. Laadukas potilasohjaus perustuu tieteellisesti tutkittuun tietoon tai hyvän käytännön kokemukseen. Hoitajan täytyy jatkuvasti päivittää tietojaan, jotta voi antaa potilaalle asianmukaista tietoa. Lisäksi hoitajalla on velvollisuus päivittää ohjaustaitojaan, jotta voidaan rakentaa ja ylläpitää potilaan luottamusta, näin luodaan hyvä vuorovaikutussuhde ja potilasta voidaan ohjata oikein erilaisilla menetelmillä. Potilaan ja hoitajan yksilölliset taustatekijät, kuten arvot, terveydentila, sukupuoli, käyttäytyminen ja perhetausta ovat sidoksissa ohjaukseen. Hoitajan on hyvä selvittää potilaan taustatekijät ennen ohjausta, jolloin ohjaus on potilaslähtöistä. Ohjauksen sisältö ja tavoitteet tehdään potilaan taustatekijöistä määrittelyn ohjaustarpeen mukaan. On tärkeää varmistaa, että potilas on saanut riittävästi ohjausta, koska hoidon jatkuminen on potilaan ja hänen omaistensa vastuulla. Hyvin onnistunut ohjaus vaikuttaa potilaiden terveyteen ja sitä edistävään toimintaan ja kansantalouteen myönteisesti. (Kääriäinen 2008: 10-14.)

Terveystenhoitohenkilöstöllä on hyvät ohjausvalmiudet tietojen kannalta. Parhaimmat tiedot heillä on sairaudesta; etenkin sen vaaratekijöistä, tutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä. Heikoiten tietoa on hoitovaihtoehtoista, sairauden vaikutuksesta perheeseen ja kuntoutumisesta. Ohjauksessa erityisen tärkeää ovat hyvät vuorovaikutustaidot, tällöin potilaan kanssa osataan keskustella vastavuoroisesti huomioiden potilaan nonverbaalinen viestintä. Ohjaus on hyväksi myös potilaiden valmistelemisessa tutkimuksia ja toimenpiteitä varten. Heikkoa terveydenhoitohenkilökunnan potilasohjauksessa ovat potilaan itsehoitotukemisen ohjaustaidot. Potilaita osataan ohjata huonosti myös vertaistukeen. Terveystenhoitohenkilöstö osaa parhaiten suullisen yksilöohjauksen. Ryhmäohjauksen, audiovisuaalinen ohjauksen ja demonstroinnin käyttö on heikompaa. Ohjaukselle kaivattaisiin lisää aikaa, parempia ohjaustiloja ja parempaa saatavilla olevaa ohjausvälineistöä. Terveystenhoitohenkilöstön mukaan olisi hyvä kehittää ohjauksen resursseja, ohjauksen organisointia, ohjaustoimintaa sekä ohjauskäsitettä. Tiloja, aikaa, henkilökuntaa, materiaalia, koulutusta ja perehdytystä toivottaisiin enemmän. (Kääriäinen – Kyngäs – Torppa – Ukkola 2006: 7-10.) Sairaanhoidajien työkokemuksen on havaittu vaikuttavan positiivisesti tietämykseen sairaudesta ja näin ollen myös ohjaukseen. Suuri osa sairaanhoidajista haluaisi kehittää ohjaustaitojaan ja osallistua potilasohjauskoulutukseen. (Eriksson – Partanen 2005: 6-7.)

Potilasohjausmenetelmiä on erilaisia, joten hoitajalla täytyy olla tietämystä, miten potilas ymmärtää asioita ja mikä on ohjauksen päämäärä. Esimerkiksi joillekin potilaille voi olla helppoa tarkastella asioita kokonaisuuksista yksityiskohtiin ja osalla potilaista päinvastoin. Joillekin potilaille voi olla helpompaa ymmärtää asioita visuaalisesti. On hyvä kuitenkin muistaa, että ihminen muistaa rajallisen määrän asioita kerralla, joten on hyvä kerrata keskeisimmät asiat ohjauksen lopuksi. Potilasta voidaan ohjata yksilö- tai ryhmäohjauksella tai audiovisuaalisella ohjauksella. Ohjaus voi olla esimerkiksi puhelinohjausta, videoiden avulla ohjaamista tai kirjallisia ohjeita. (Kyngäs ym. 2007: 73-130.)

Potilasohjauksessa on tärkeää huomioida potilaan oppimistavat ja -valmiudet. Huomioimalla potilaan taustatekijät jokainen potilas saa yksilöllistä ohjausta, eikä samassa tilanteessa olevia potilaita aina ohjata samalla tavalla. Psyykkiset tekijät kuten motivaatio, odotukset, terveystuskomukset ja mieltymykset vaikuttavat ohjaukseen esimerkiksi motivaatio vaikuttaa siihen haluaako potilas omaksua hänen hoitoonsa liittyviä asioita. Potilaalla voi olla vahvoja käsityksiä sairauteen ja hoitoon liittyen esimerkiksi virheellinen uskomus jonkin lääkkeen haitallisista vaikutuksista elimistöön. (Kyngäs ym. 2007: 31-35.)

Ohjaukseen vaikuttavat sosiaaliset tekijät koostuvat sosiaalisista, kulttuuriperustaisista, uskonnollisista, etnisistä ja eettisistä tekijöistä. Perhe ja suku voivat olla potilaalle erityisen tärkeitä ja potilas voi haluta omaisten osallistuvan ohjaukseen. Potilas voi myös haluta, etteivät omaiset tulisi mukaan ohjaukseen, esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas haluaa suojella omaisia huolelta ja surulta. Hoitajan on tärkeää selvittää millainen tuki-verkosto potilaalla on ja mitkä ovat omaisten ohjaustarpeet. Kulttuuriin voi liittyä tabuja, uskomuksia tai traditioita, jotka voivat vaikuttaa ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007: 35-36.)

Hoitotyöntekijöiden oma arvio potilasohjaustaidoistaan on viimeisen kymmenen vuoden aikana parantunut. Ohjauksessa käsiteltävän sisällön laajenemisessa on huomattu myös kehitystä. Potilaille ei kuitenkaan välitetä tietoa riittävän laaja-alaisesti. Tutkimuksien mukaan potilaat haluavat tietoa kaikilta tiedon osa-alueilta. Hoitokustannusten käsittelemiseen tulisi kiinnittää tulevaisuudessa enemmän huomiota. Kirjallista ohjausmateriaalia käytetään ohjauksessa eniten. Suullisen ja kirjallisen ohjauksen rinnalla tulisi käyttää muitakin menetelmiä, kuten ryhmäohjausta ja opetusvideoita. Potilaiden yksilöllisen ohjaustarpeen arviointi, ohjauksellisten tavoitteiden asettaminen ja ohjauksen tuloksellisuuden arviointi on heikentynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tavoitteellinen toiminta edistää potilasohjauksen onnistumista. Potilas täytyy ottaa mukaan aktiivisesti ohjausprosessiin ja antaa hänelle mahdollisuus kertoa käsityksistään ohjauksen tavoitteista ja tavoitteiden saavuttamisesta. (Eloranta – Katajisto – Leino-Kilpi 2014: 67-69.)

Sepelvaltimotautipotilailla on suuremmat oppimistarpeet ennen kotiutumista kuin kotiutuksen jälkeen. Keskeisimmät oppimistarpeet ovat tieto komplikaatioista ja oireista, lääkehoidosta ja hoidon vaikutuksesta elämään. Kotona tiedon tarve kohdistui fyysiseen rasitukseen ja liikuntaan. Naiset, iäkkäät, vähän koulutetut, eläkkeellä olevat ja potilaat, joilla sairaus vaikuttaa paljon elämään, pitävät oppimistarpeita merkittävämpänä. (Höltkä – Salanterä – Hupli 2002: 13-14.) Iäkkäillä potilailla on yleensä hyvin realistiset näkemykset sairauden ennusteesta, etenemisestä tai paranemisesta. He tietävät myös hyvin lääkkeiden käyttötarkoituksen ja muistavat hyvin, kuinka monta tablettia täytyy ottaa ja mihin kellonaikaan. Tärkeimpinä itsehoitokeinoina pidetään liikuntaa, lääkitystä koskevien ja muiden ohjeiden noudattamista, terveellistä ruokavaliota, lepoa ja rauhallisena pysymistä. Epätietoisuutta iäkkäillä potilailla aiheuttaa se miten hoito jatkuu kotona. Iäkkäät potilaat kuitenkin tietävät, mihin olla yhteydessä ongelmatilanteissa. (Laapotti-Salo – Routasalo 2004: 25-26.)



## 2.2 Sepelvaltimotauti

### Syntymekanismi ja taudinkuva

Yli puolet sepelvaltimotautipotilaista on alle 65-vuotiaita, mutta tauti on huomattavasti yleisempää iäkkäillä. Suomessa vuosittain sepelvaltimotautiin kuolee 13 000 ihmistä ja se on maamme tilastoissa yleisin kuolinsyy. Alle 65-vuotiaita miehiä kuolee sepelvaltimotautiin kolme kertaa enemmän kuin saman ikäisiä naisia, mutta vanhemmiten erot tasoittuvat. (Mustajoki 2013.)

Sydämen pinnalla sijaitsevat aortasta lähtevät oikea ja vasen sepelvaltimo, jotka huolehtivat sydämen hapen ja ravitsemuksen saannista (Mustajoki 2013). Sepelvaltimotauti johtuu ateroskleroosista, eli valtimoiden kovettumataudista. Valtimoiden sisäpuolelle kertyy LDL-kolesterolia, joka johtaa ateroomaplakkien muodostumiseen. Ateroomaplaakit tukkeuttavat verisuonia ja näin vähentävät sydänlihaksen verensaantia. (Kervinen 2013.) Sepelvaltimon ahtauma kehittyy yleensä yhteen tai useampaan kohtaan verisuonessa (Mustajoki 2013). Sydänlihaksen vähäinen hapensaanti voi aiheuttaa raskasrintakipua (*angina pectoris*), raskasrintahengenahdistusta, raskasrintäväsymystä, sydämen vajaatoimintaa ja rytmihäiriöitä. Yleisimpiä sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat kohonnut veren LDL-kolesterolitaso, tupakointi, kohonnut verenpaine, diabetes ja korkea ikä. Muita riskitekijöitä ovat matala veren HDL-kolesterolitaso, veren korkea triglyseridipitoisuus, insuliiniresistenssi, ylipaino, liikunnan vähäisyys, perinnölliset ja psyykkiset tekijät, sekä veren hyytymiseen ja virtaamiseen vaikuttavat tekijät, ravinto ja infektiot. (Kervinen 2013.)

Sepelvaltimotautikohtauksiksi nimitetään niitä äkillisiä oireita, jotka johtuvat sepelvaltimoiden ahtautumisesta. Niitä ovat epästabili *angina pectoris*, sydäninfarkti ilman ST-nousuja ja ST-nousuinfarkti. *Angina pectorista* ja ST-nousuja ilman sydäninfarktia hoidetaan samalla periaatteella, ST-nousuinfarktia hoidetaan eri tavalla varsinkin silloin, kun tilanne on akuutti. (Käypä hoito 2009.)

## Oireet

Alkuvaiheessa sepelvaltimotauti ei ilmennä mitään erityisiä oireita, vaan se kehittyy hitaasti. Oireita alkaa ilmetä fyysisen rasituksen aikana, kun 50 % sepelvaltimon sisämitasta on ahtautunut. Oireita tulee enemmän ja niiden voimakkuus kasvaa, kun valtimo ahtautuu lisää. Yleisesti tämä koetaan nopeasti heikentyneenä fyysisenä kuntona. (Kutinlahti – Pellikka 2013.) Sepelvaltimotaudin tyypillisin oire on rintakipu, joka alkaa yleensä ruumiillisen rasituksen yhteydessä, pulssin noustessa. Kipu ilmenee usein laaja-alaisena, ahdistavana ja puristavana rintakehällä. Kipu voi säteillä molempiin käsi- varsiin, selkään, lapojen väliin, leukaperiin tai ylävatsalle. Naisilla sepelvaltimotaudin diagnosointi voi olla haasteellisempaa, koska sillä ei ole välttämättä tyypillistä rintakipu- oiretta. Oireena voi olla esimerkiksi väsymystä, huonovointisuutta tai pelkästään rinnassa tuntuva ahdistusta. Joskus sepelvaltimotaudin ensimmäinen merkki voi olla vasta sydäninfarkti, silloin oireena on kova puristava rintakipu, joka ei mene levossa ohitse *angina pectoriksen* tapaan. Rinnan alueen kivut ovat yleisiä, eivätkä ne aina johdu sepelvaltimotaudista. (Mustajoki 2013.)

### 2.3 Sepelvaltimotautipotilaan hoitopolku

Hoitopolulla tarkoitetaan potilaan tarvitsemia sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoi- den vastuurajojen ylittävää, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutettua eri palveluiden tarjoajien hoitokokonaisuuden prosessia. (Silvennoinen-Nuora 2010: 91.) Hoitopolut käsittävät eri toimijoita, potilaan tarpeista riippuen, kuten perusterveydenhuollon, eri- koissairaanhoidon, sosiaalitoimen ja kolmannen sektorin toimintaa. Hoitopoluissa mää- ritellään eri toimijoiden vastuita ja työnjakoa, jotka perustuvat toimintaohjeisiin ja kliini- siin käytäntöihin. Pääasiassa julkisen sektorin palvelut: perusterveydenhuolto tai eri- koissairaanhoito ottaa vastuun potilaan hoidosta riippuen potilaan hoidontarpeista. (Ke- tola ym. 2006 ;Silvennoinen-Nuora 2010: 93.)

Käypä hoito -suositusten pohjalta on suunniteltu alueellisia hoitopolkuja. Valmiiksi rakennetut hoitopolut tukevat potilaiden laadukasta ja asianmukaista hoitoa, sekä tut- kimuksia eri terveydenhuollon yksiköissä. Hoitopolut tukevat eri terveydenhuollon yksi- köiden yhteistyötä, luovat tiedonkulun toimivammaksi ja parantavat konsultaation mah- dollisuuksia. Hoitopolut toimivat roolien, toimintatapojen ja vastuun selkeyttäjänä. Hoi-

topolkuja voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Potilaan näkökulmasta hoitopolussa selkeytyy ketkä häntä tutkivat ja hoitavat, sekä kuka missäkin vaiheessa vastaa hänen hoidostaan. (Vainikainen 2005.) Sepelvaltimotautipotilaan on tärkeää saada ohjausta hoitopolun eri tahoista esimerkiksi minne ottaa yhteyttä sepelvaltimotautikohtauksen yhteydessä tai miten voi osallistua ensitietokurssille ja vertaistukeen.

### 2.3.1 Ensihoito ja sairaalavaihe

Ensihoito alkaa siitä, kun potilaalla on kovia rintakipuja, kovaa hengenahdistusta tai potilas menettää tajuntansa ja soitetaan yleiseen hätänumeroon 112. Potilaan on tärkeää asettua lepoasentoon ja potilasta kehoitetaan ottamaan asetyyilisalisyylihappoa 250–500 mg. Potilaalle, jolla on jo todettu sepelvaltimotauti ja jonka oireet eivät mene levossa ohi 15 minuutin kuluessa eivätkä lyhytvaikutteisella nitraatilla, täytyy soittaa apua hätänumeron kautta. (Käypä hoito 2011.) Hoitoon päästyään sepelvaltimotautipotilas tarvitsee ohjausta siitä miten toimia uusien sepelvaltimotautikohtauksen yhteydessä. Potilasohjaus voidaan luontevasti sijoittaa kotiutusvaiheeseen.

Sepelvaltimotautikohtauksessa on tärkeää arvioida yksilöllisesti hoidon tarve ja se, missä vaarassa potilas on. Potilaan hoitolinja valitaan tämän perusteella. Vaaraa arvioidaan oireiden, esitietojen, kliinisen tutkimuksen, EKG-muutosten ja sydänlihaskiainemäärityksien perusteella. Potilaan todettaessa olevan suuressa vaarassa on tärkeää aloittaa tehokas antitromboottinen lääkitys ja tehdä sepelvaltimoiden varjoainokuvaus. (Käypä hoito 2009.) Kiireettömissä tapauksissa sepelvaltimotautia voidaan tutkia rasitus-EKG:lla. Sepelvaltimopotilaalle tehdään yleensä rasitus-EKG, koska levossa tavallisessa EKG:ssa ei näy muutoksia. (Mustajoki – Kaukua 2008a.)

Sydäninfarktia epäiltäessä potilaalta on otettava välittömästi EKG. Tällainen potilas kuuluu erikoissairaanhoidon. Infarktipotilas kuljetetaan sairaalaan, jossa on mahdollista tehdä pallolaajennus (PCI). Pallolaajennus tulisi suorittaa kahden tunnin kuluessa siitä, kun diagnoosi on tehty. Jos pallolaajennusta ei ole mahdollista tehdä potilaalle aloitetaan liuotushoito jo tapahtumapaikalla. (Käypä hoito 2011.) Liuotushoito aloitetaan yleensä akuutissa sydäninfarktissa alle 12 tuntia oireiden alkamisesta. Liuotushoito pienentää infarktissa sydänlihaksen vauriota tai estää sen jopa kokonaan, kun se aloitetaan riittävän nopeasti. Paras hoitotulos saadaan, kun liuotushoito pystytään aloit-

tamaan tunnin kuluttua oireiden alkamisesta. Liutushoidon jälkeen potilaat tarvitsevat varjoainekuvaukseen 3–24 tunnin sisällä. (Kauppinen – Muhonen 2012.)

Suuren vaaran potilaille on aiheellista tehdä varjoainekuvaukseen jo varhaisessa vaiheessa koska, sillä pystytään selvittämään diagnoosi ja sepelvaltimotaudin vaikeusaste. Tällöin pystytään selvittämään ja päättämään onko tarvetta pallolaajennukselle tai ohitusleikkaukselle. (Käypä hoito 2009.) Kuvaukseen täytyy suorittaa nopeasti, jos potilaalla on ollut tiheään toistuvia sydäninfarktista ennakoivia oireita. Se voidaan tehdä myös silloin, jos potilaalla on sydäninfarkti tai epäillään, etteivät hoidot ole riittäviä (Mustajoki – Kaukua 2008b.) Päättös pallolaajennuksen tai ohitusleikkauksen tarpeesta syntyy sepelvaltimoiden ahtautumien vaikeusasteen ja sijainnin perusteella (Kervinen 2013).

### 2.3.2 Kotiutumisvaihe

Potilaan kotiuttaminen sydäninfarktin ja kajoavan hoidon jälkeen on turvallista 2-4 vuorokauden kuluttua. Potilaat, joilla on perussairauksia esimerkiksi sydämenvajaatoimintapotilaat, tarvitsevat pidemmän hoitojakson. Pysyvään elintapojen muutokseen kannustaminen on erittäin tärkeää. Infarktin jälkeen potilas joutuu tilapäiseen ajoneuvon ajokieltoon. Potilaalle annetaan selkeät ohjeet mahdollisten uusien sepelvaltimokoh-  
tausten varalle, koska kohtausten uusiutumisriski on suurin seuraavina viikkoina kotiutuksesta. Omaisia on hyvä ohjata, kuinka toimia äkillisen rintakivun tai tajuttomuuden yhteydessä ja heitä voidaan kehottaa osallistumaan elvytyskoulutukseen. (Käypä hoito 2011.)

Sepelvaltimotaudin sairaalahoitovaihe on nykyisin lyhyt ja kiireinen, joten siihen ei pysty sisällyttämään kaikkea tietoa, jota potilas ja omaiset tarvitsisivat. Potilas tarvitsee ohjausta välttämättömästi niistä asioista, joilla hän selviää kotona. Näitä asioita ovat ohjeet lääkityksestä, oireiden hallinnasta, alustavat liikuntaohjeet, riskitekijöiden huomioiminen ja jatkohoito. Potilas tarvitsee ohjausta myös monen muun asian kanssa, esimerkiksi ruokavaliosta, sukupuolielämästä ja stressistä. Potilaan on tärkeää tietää, mihin ottaa yhteyttä, jos ilmenee ongelmia. (Hämäläinen 2008.)

Potilasohjauksessa tulee huomioida ympäristöön liittyvät ohjausta tukevat tai heikentävät taustatekijät. Niitä ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja sosiaalinen ympäristö. Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan ohjaukseen tarkoitettua huonetta, potilas-

huonetta tai vaikka potilaan kotia. Paras ympäristö on rauhallinen, jossa on helppo keskittyä ohjaukseen. Ohjausta voi heikentää esimerkiksi hoitajan kiire, jonka potilas aistii. Ohjaukseen tarvitaan rauhallinen ja kiireetön ympäristö, jossa ei ole häiriötekijöitä. Huoneen tulisi olla hyvin valaistu ja äänieristetty ja hoitajan on hyvä istua samalla tasolla potilaan kanssa. (Kyngäs ym. 2007: 36-38.)

Sepelvaltimotaudin lääkehoitona käytetään ASA:a, eli asetyylisalisyylihappoa, beetasalpaajia, statiineja ja ACE:n estäjiä. ASA vähentää verihitaleiden takertumista yhteen. ASA on tärkeä jokaiselle sepelvaltimotautia sairastavalle potilaalle, jos sen käyttöön ei ole vasta-aiheita. Jos potilaalla on ASA-allergia, voidaan hänelle määrätä klopidogreeliä. ACE:n estäjiä määrätään potilaille, joilla on ollut sydäninfarkti tai joilla on vasemman kammion systolinen vajaatoiminta tai diabetes, koska ne vähentävät sydäninfarkteja. Statiinit pienentävät veren LDL-kolesteroli pitoisuutta ja vähentää sen kertymistä verisuonten seinämiin. Statiinit vähentää veren hyytymistä, tulehdusreaktioita ja immunologisia vasteita. Beetasalpaajat pienentävät pulssi- ja verenpainetasoa ja näin ollen pienentävät sydänlihaksen hapenkulutusta rasituksessa, mikä taas vähentää rintakipuoireita. Kalsiuminestäjiä käytetään joissain tapauksissa oireen mukaisena lääkkeenä, jos beetasalpaajat eivät sovi potilaalle. Pitkävaikutteista nitraattia käytetään yhdistämällä muuhun lääkehoitoon, jos rintakipua ilmenee usein. (Kervinen 2013.)

Elämäntapamuutoksilla on suuri merkitys sepelvaltimotaudin hoidossa. Elämäntapamuutoksilla pystytään hidastamaan ateroskleroosin etenemistä ja pienentämään riskiä saada uusi sydäninfarkti. Tupakoinnin lopettaminen pienentää uuden sydäninfarktin riskiä, myös alkoholin käyttöä on hyvä vähentää. Kohonneen verenpaineen hoito on myös tärkeää. Painoa on hyvä pudottaa, jos painoindeksi on yli 28 ja vyötärönympärys naisilla on yllittää 90 cm ja miehillä 100 cm. Keskivartalolihavuus on yksi altistava tekijä sepelvaltimotaudin syntyyn. Tavoitteena olisi, että painoindeksi olisi alle 25 ja vyötärönympärys olisi naisilla alle 80 cm ja miehillä 94 cm. (Kervinen 2013.) Terveellinen ruokavalio on tärkeä osa sepelvaltimotaudin hoitoa. Sepelvaltimotautipotilaita tulisi ohjata vähärasvaiseen ruokavalioon, jossa tyydyttyneet rasvat korvataan kasviöljyillä. Kolesterolin alentamisella on myös merkitystä. Kolesterolia voidaan alentaa vähentämällä runsaasti kolesterolia sisältävien ruoka-aineiden käyttöä, esimerkiksi kananmunien käyttöä vähentämällä ja vaihtamalla ruoka-aineita vähärasvaisiin tai rasvattomiin tuotteisiin. Kasviksia, marjoja, viljatuotteita ja hedelmiä on suositeltavaa syödä päivittäin. (Hämäläinen 2008.) Kuntoliikunnalla on myös suuri merkitys sepelvaltimotaudin kokonaisvaltaisessa hoidossa (Mustajoki 2013).

Potilaan tietoisten elintapamuutosten toteuttaminen perustuu harkintaan ja se on tavoitteellista ja suunnitelmallista. Potilas pystyy toteuttamaan muutoksen, jos hän on halukas, valmis ja kykenevä siihen. Muutosvalmiuden kuvaamiseen ja arviointiin voidaan soveltaa muutosvaihemallia, jonka keskeinen ajatus on, että muutoksen toteuttaminen on prosessi, johon liittyy eri vaihteita. Muutosvaiheen voi tunnistaa keskustelussa ohjattavan potilaan kanssa. Potilaat hyötyvät erilaisesta ohjauksesta eri vaiheissa ja vaiheiden tunnistaminen tukee ohjausta. (Marttila 2010.)

Muutosvaihemalliin kuuluu esiharkinta-, harkinta-, valmistelu- ja ylläpitovaihe. Esiharkinnassa potilas ei ole tietoinen muutostarpeesta ja hän ei pidä muutosta mahdollisena. Aikaisemmat epäonnistumiset voivat saada muutoksen tuntumaan mahdottomalta. Tässä vaiheessa potilasta voi tukea prosessissa kiinnittämällä huomiota muutoksen tarpeellisuuteen. Harkintavaiheessa potilas tunnistaa muutoksen tarpeellisuuden ja miettii muutoksen etuja ja haittoja sekä mahdollisuuksia muutoksen toteuttamiseen. Tässä vaiheessa potilaan tukeminen olisi ensiarvoisen tärkeää. Valmisteluvaiheessa potilas päätyy muutoksen toteuttamiseen, tekee suunnitelman ja alkaa toteuttaa sitä. Hoitaja voi tässä tukea suunnittelussa ja olla tukena muutoksen muokkaamisessa. Hoitajan on hyvä antaa kannustavaa palautetta ensimmäisistä kokeiluista. Ylläpitovaiheessa potilas on toteuttanut muutoksen ja jatkaa sen toteuttamista suunnitelman mukaisesti. Tässä vaiheessa hoitaja tukee potilasta toteuttamaan muutoksen seurantaan ja antaa kannustavaa palautetta muutoksen toetutumisesta. Muutos ei toteudu hetkessä, vaan se on prosessi, jossa hoitaja voi tukea potilasta. Vaiheet eivät välttämättä toteudu järjestyksessä, vaan potilas voi kulkea vaiheiden läpi edestakaisin. Alkuvaiheessa potilas hyötyy useammista tapaamisista hoitajan kanssa, kun taas ylläpito vaiheessa tapaamisia voi olla vähemmän. (Marttila 2010.)

Ohjauksessa keskitytään niihin asioihin, jotka ovat potilaalle tärkeitä hyvinvoinnin, terveyden tai sairauden kannalta tai niihin asioihin, jotka potilas itse tuo esille. Hoitaja arvioi yhdessä potilaan kanssa mitkä ovat potilaan ohjaustarpeet. Potilasohjaukseen vaikuttavat hoitajan ja potilaan taustatekijät. Hoitajan on tärkeää kartoittaa potilaan tilanne ja kyky sitoutua terveyttä edistävään toimintaan, esimerkiksi potilaan kykyyn vastaanottaa ohjausta voi vaikuttaa potilaan huono näkö tai kuulo. Potilaan fyysiset taustatekijät, esimerkiksi ikä, sukupuoli ja terveydentila vaikuttavat ohjaustarpeeseen. Ikään-tyneen asiakkaan ohjauksessa voivat olla haasteena esimerkiksi heikentynyt näkö tai kuulo- ja muistiongelmien. (Kyngäs ym. 2007: 25-38)

Seuraava seurantakäynti lääkärin vastaanotolle pyritään järjestämään 1–2 kuukauden kuluttua, jos potilas siirtyy infarktin jälkeen avoterveydenhuollon seurantaan. Pysyvä jatkoseuranta toteutetaan 6–12 kuukauden välein. (Käypä hoito 2011.) Hoitajan on tärkeää kotiutusvaiheessa ohjata potilasta seurantakäynneistä ja mahdollisista tulevista tutkimuksista, hoidon jatkuvuuden kannalta.

### 2.3.3 Kotiutumisen jälkeinen vaihe

Potilasta ohjataan sydänkuntoutukseen, millä tarkoitetaan kuntoutusohjelmaa, joka edistää potilaan toipumista. Kuntoutuksen tavoitteena on hyvä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Käypä hoito 2011.) Suuri osa sepelvaltimotautipotilaista haluaisi osallistua sydänjärjestöjen toimintaan. He toivovat saavansa tietoa toipumisesta sekä liikkumisesta. Sepelvaltimotautipotilaat pitävät vertaistukea tärkeänä. Myös Perheen tukea pidetään tärkeänä, mutta osa kokee omaistensa tuen liian holhoavaksi. (Okkonen – Kuusisto 2004: 12-14.)

Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuminen on prosessi, joka kuluttaa ja koettelee yksilön voimavaroja niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin. Ohitusleikkauksesta kuntoutuvat naiset kokevat kuntoutusvaiheessa miehiä useammin yksinäisyyttä, turvattuutta ja masennusta. Naisilla on todettu myös esiintyvän enemmän fyysisiä oireita rintakipuina. Miesten kuntoutuminen on usein tasapainoisempaa kuin naisten. Potilaiden ohjaus on keskittynyt hyvien elämäntapojen aikaansaamiseen erityisesti huomioiden liikunnan ja terveellisen ruokavalion. Naiset toivovat saavansa ohjausta enemmän koko kuntoutumisprosessin aikana. Ohjauksen saatavuudessa on usein puutteita ja ohjauksen saaminen on usein perustunut potilaan omaan aktiivisuuteen. Naiset hakeutuvat enemmän erilaisiin tapahtumiin, kuten vertaistukiryhmän kokoontumisiin. Miehet toivovat myös lisää ohjausta, mutta ohjauksen tarve vähenee elämän tasapainottuessa, koska heillä ei esiinny usein ongelmiakaan. Kuntoutumisvaiheessa perheen ja erityisesti vaimon tuki koetaan hyvin tärkeänä. (Koivunen – Lukkarinen – Isola 2003: 66-69.)

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla sepelvaltimotautipotilaan ohjaustarpeita kotiutusvaiheessa. Tavoitteenamme on tuottaa sellaista tietoa, jota terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää koulutuksessaan ja sepelvaltimotautipotilaan kotiutusvaiheen ohjauksen kehittämisessä. Potilasohjaus on tärkeä osa hoitotyötä ja sen kehittämisellä on myönteisiä vaikutuksia hoitoon.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä tekijät edistävät sepelvaltimotautipotilaan ohjausta kotiutumisvaiheessa?
2. Mitkä tekijät estävät sepelvaltimotautipotilaan ohjausta kotiutumisvaiheessa?

### 4 Opinnäytetyön toteuttaminen

#### 4.1 Kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö on katsaus kirjallisuuteen, jossa sovelletaan kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on hahmottaa olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuutta. Kirjallisuuskatsauksella saadaan tietoa siitä, millaista tutkimustietoa on olemassa ja millaisia tutkimuksia on tehty tutkittavasta aiheesta. (Johansson 2007: 3-9.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä. Siinä käsitellään tutkimuskysymyksen kannalta merkittävimmät kirjallisuuden ja tutkimuksen otannat, sekä kootaan yhteen olemassa olevaa tietoa tutkittavasta aiheesta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 97.) Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa arvioidaan tiedon laatua ja niiden pohjalta tuotetaan yhdenmukaisia tuloksia. Kirjallisuuskatsaus etenee vaiheittain, johon kuuluu tutkimussuunnitelman tekeminen, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku ja valinta, laadun arviointi ja sitten analysointi sekä tulosten esittäminen. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 39–42.)



Kirjallisuuskatsauksen tekeminen voidaan myös jakaa kolmeen osaan, jotka ovat suunnitelman laatiminen, katsauksen tekeminen ja katsauksen raportointi. Kirjallisuuskatsauksen suunnitelmavaiheessa perehdytään aikaisempiin tutkimuksiin aiheesta, määritellään katsauksen tarve ja tehdään tutkimussuunnitelma. Toiseen vaiheeseen kuuluu tutkimusten hankkiminen, valikointi ja analysointi sekä syntetisointi. Lopuksi kirjallisuuskatsauksen tulokset raportoidaan, tehdään johtopäätökset ja suositukset. (Johansson 2007: 5-9.)

#### 4.2 Aineiston valintakriteerit ja hankinta

Kirjallisuuskatsaukseen otettaville tutkimuksille määritellään tarkat sisäänottokriteerit. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset määrittelevät tutkimuksen hyväksymisen kirjallisuuskatsaukseen. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien ja poissuljettavien tutkimusten valintaprosessi tapahtuu vaihe vaiheelta. Niiden tulee vastata asetettuja sisäänottokriteerejä. Otsikon, abstraktin ja sisällön tasoilta voidaan tarkastella tutkimuksen sopeutuvuutta kirjallisuuskatsaukseen. (Stolt – Routasalo 2007: 59.) Ennen aineiston keruuta opinnäytetyön tietoperustan käsitteet olivat määritelty.

##### Artikkelien valintakriteerinä käytimme

- Tutkimus on tieteellinen artikkeli tai julkaisu
- Tutkimus vastaa tutkimuskysymyksiin
- Julkaisuvuosi tutkimuksissa 2004–2014
- Kielenä suomi tai englanti
- Otsikossa tai tiivistelmässä on käytettyjä hakusanoja

Haimme tutkimusaineistoa opinnäytetyöhömmä sosiaali- ja terveysalan tietokannoista. Käytimme pääasiassa Medic, PubMed ja Cinalh -tietokantoja. Käytimme pääsääntöisesti sähköistä tiedonhakua, sekä täydensimme sitä manuaalisella tiedonhaulla kattavan tiedon löytämiseksi. Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruussa käytetyt hakusanat olivat suomen- ja englanninkielisiä. Hakusanoja olivat sepelvaltimotauti, potilasohjaus, neuvonta, patient education, coronary heart disease, coronary artery disease, heart disease, counselling, guidance. Opinnäytetyön liitteessä 1. on tiedonhakutaulukko, jossa esitämme tiedonhakuprosessin. Tiedonhaun perusteella valittiin analysoitavaksi

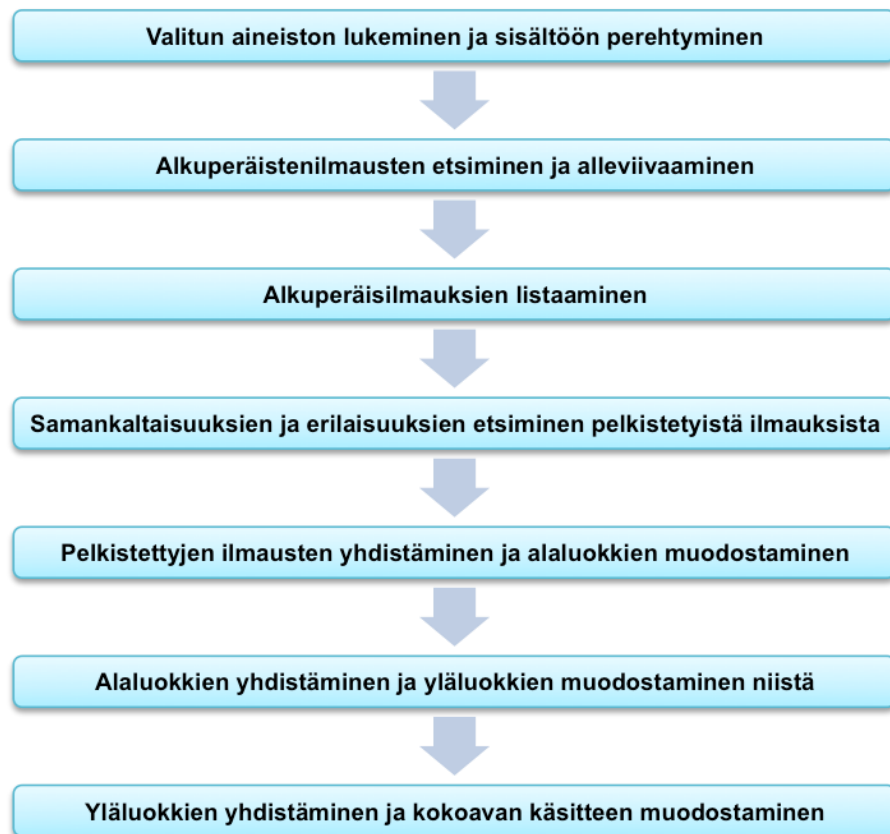
kuusi artikkelia ja yksi väitöskirja. Artikkeleista neljä on suomenkielisiä, kaksi englanninkielistä, väitöskirja on suomenkielinen. Analyysin valitut artikkelit ovat liitteessä 2.

#### 4.3 Aineiston analysointi sisällönanalyysillä

Opinnäytetyössämme sovellettiin sisällönanalyysin periaatteita, jonka avulla analysoitiin opinnäytetyössä käytetyt tutkimusartikkelit. Sisällönanalyysia käyttämällä on tarkoitus kuvata tutkittava ilmiö tiivistetysti, kuitenkin kaikki tarpeellinen huomioiden. Sisällönanalyysia tehdessä syntyy käsiteluokituksia, järjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Sisällönanalyysin valmisteluvaihe on samanlainen riippumatta siitä onko se induktiivinen vai deduktiivinen. (Kankkunen – Julkunen 2013: 165-169.)

Useille hoitotieteellisille tutkimuksille on tyypillistä, että niissä aineistoa analysoidaan sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on tapa järjestää, kuvailla ja määrittää tutkittavaa ilmiötä. Usein sitä määritellään prosessina, jossa tuotetut luokat kvantifioidaan eli tuotetaan määrällisiä tuloksia. Sisällönanalyysi sopii erinomaisesti kirjallisten materiaalien analysointiin, kuten artikkeleiden ja puheiden analysointiin. Sisällönanalyysillä on kaksi etenemistapaa: induktiivinen ja deduktiivinen. Induktiivinen tapa tarkoittaa aineistolähtöistä ja deduktiivinen on käsite jostakin aikaisemmasta käsitejärjestelmästä, jonka avulla aineisto luokitellaan. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 4-7.)

Tässä opinnäytetyössä käytimme induktiivista analyysia. Induktiivinen aineistonanalyysi voidaan käytännössä jakaa kolmeen eri vaiheeseen, eli aineiston pelkistämiseen eli redusointiin, aineiston ryhmittelyyn eli klusterointiin ja teoreettisten käsitteiden luomiseen eli abstrahointiin. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 108.) Kuviossa 1 on kuvattu induktiivisen analyysin eteneminen.



Kuvio 1. Induktiivisen aineistonanalyysin eteneminen (mukaillen Tuomi – Sarajärvi 2009: 109.)

Aineiston hahmottaminen kokonaisuutena luovat edellytykset yksityiskohtaisempaan analyysiin, joten aluksi luimme artikkelit perusteellisesti ja perehdyimme niihin hyvin. Pelkistäminen eli redusointi voi olla joko aineiston tiedon tiivistämistä tai sen jakamista osiin. Aineiston pelkistämistä määrittävät tutkimuskysymykset, jonka myötä poimittiin kysymyksiin vastaavat kohdat aineistosta. Alleviivasimme nämä alkuperäisilmaukset värillisillä yleviivaustusseilla, jonka jälkeen listasimme erilliselle dokumentille.

Ennen analyysin aloittamista tulee määrittää analyysiyksikkö, tämä voi olla esimerkiksi yksittäinen sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Valitsimme opinnäytetyömme analyysiyksiköksi lauseen ja lausekokonaisuuden, joihin tutkimuskysymyksemme vastasivat. Aineiston pelkistämisessä on tärkeää, että merkitykselliset ilmaukset tiivistetään niin, ettei aineiston olennainen sisältö muutu. Jossain tapauksissa on hyvä käyttää samoja sanoja kuin alkuperäisessä tutkimuksessa. (Kylmä – Juvakka 2007: 116-117; Tuomi – Sarajärvi 2009: 109-110.)

Seuraava vaihe oli aineiston ryhmittely eli klusterointi, jossa kävimme tarkkaan läpi pelkistetyt ilmaukset ja vertailimme niiden sisällön samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia, jonka mukaan ryhmittelimme ne samankaltaisuuksien mukaan ja yhdistettiin luokaksi. Tämän jälkeen nimesimme luokan niin, että se kuvaa kaikkia sen alle tulevia pelkistyskäsitteitä. Tutkittavan asian piirre, käsitys tai ominaisuus voivat toimia muun muassa luokitteluyksikkönä. Aineiston ryhmittelyssä sisältö muuttui tiiviimmäksi, koska yksittäiset tekijät kuuluivat yleisempiin käsitteisiin. Ryhmittelyssä alkoi muovautua alustavaa runkoa opinnäytetyömme tuloksista. (Tuomi – Sarajärvi 2012: 110.)

Aineiston ryhmittelyä etenimme aineiston teoreettisten käsitteiden luomiseen eli abstrahointiin. Abstrahoinnissa valitsimme opinnäytetyömme kannalta olennaisen ja valikoidun tiedon, jonka avulla muodostimme teoreettisia käsitteitä, sekä johtopäätöksiä. Abstrahointi voi jatkua luokittelujen yhdistämisellä niin pitkään kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. Abstrahoinnissa muodostettiin tavallaan uutta teoriaa ja johtopäätöksiä, joita vertaamme alkuperäisaineistoon. Abstrahoinnin tuloksia kuvasimme taulukoissa ja käsitteitä yhdistelemällä saimme vastauksen tutkimuskysymyksiin. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 111-112.) Opinnäytetyömme liitteessä 3 on analyysitaulukot.

## 5 Tulokset

### 5.1 Ohjausta edistävät tekijät kotiutumisvaiheessa

Ensimmäiseen opinnäytetyön tutkimuskysymykseen, mitkä tekijät edistävät sepelvaltimotautipotilaan ohjausta kotiutumisvaiheessa, muodostui tutkimusaineiston perusteella seitsemän yläluokkaa. Yläluokkia olivat riittävä ohjaus sepelvaltimotaudista, ohjaus sepelvaltimotaudin hoidosta, ohjauksen eteneminen potilaslähtöisesti, omaisten huomioiminen ohjauksessa, potilasohjauksen tasokas toteuttaminen, potilaan taustatekijöiden huomioiminen ohjauksessa ja ohjaus hyvistä elämäntavoista. Kyseiset yläluokat muodostuivat 21 alaluokasta. Taulukossa 1 on esimerkkinä ohjausta edistävästä tekijästä ohjauksen eteneminen potilaslähtöisesti yläluokasta.

Taulukko 1. Esimerkkitaulukko ohjausta edistävästä tekijästä sepelvaltimotautipotilaan kotiutumisvaiheessa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Yksilöllinen ohjaus (2)	Potilasohjaus yksilöllistä	Ohjaus etenee yksilöllisesti ja johdonmukaisesti
Ohjaus potilaslähtöistä (3)		
Tunne kohtelusta yksilönä (7)		
Ohjauksen soveltaminen päivittäiseen elämään (7)		
Potilaiden mielipiteet huomioidaan (2)		
Potilaalla mahdollisuus aktiiviseen osallistumiseen (3)	Potilaan huomioiminen ohjauksessa	
Ohjaaja keskustelee tavoitteista (2)		
Vastausten saaminen omiin tai omaisten esittämiin kysymyksiin (7)		
Ohjaus johdonmukaista (3)	Ohjaus etenee yksilöllisesti ja johdonmukaisesti	
Ohjaustarpeet ohjauksen lähtökohtana (7)		
Ohjauksen tavoitteet ohjauksen lähtökohtana (7)		
Ohjaus etenee suunnitelman mukaisesti (2)		

## **Riittävä ohjaus sepelvaltimotaudista**

Opinnäytetyömme tuloksien mukaan sepelvaltimotautipotilaan ohjausta edistää riittävä ohjaus sepelvaltimotaudista. Tässä yläluokassa on kaksi alaluokkaa: tieto sairaudesta ja tieto sairauden vaikutuksesta elämään. Tutkimuksissa kävi ilmi, että potilaat pitivät tärkeänä ohjausta sepelvaltimotaudista ja siitä miten se vaikuttaa elimistöön. Potilaat toivoivat saavansa tarpeeksi tietoa sairauden vaikutuksesta päivittäiseen elämään, mahdollista oireista ja niiden lievittämisestä sekä mahdollisista komplikaatioista.

## **Riittävä ohjaus sepelvaltimotaudin hoidosta**

Yläluokka muodostui kolmesta alaluokasta. Alaluokkia olivat ohjaus tutkimuksista ja toimenpiteistä, tieto lääkityksestä ja ohjaus hoidosta. Potilaat pitivät ohjausta tutkimuksista ja toimenpiteistä tärkeänä. Tutkimuksissa kävi ilmi, että tutkimuksiin ja toimenpiteisiin ohjaus on pääsääntöisesti hyvää. Ohjausta hoidosta pidetään merkittävänä osa-alueena ohjauksessa. Tietoa yleisesti lääkityksestä pidettiin tärkeänä, mutta yksityiskohtaisempaa ohjausta, esimerkiksi nitrojen käytöstä kaivattiin.

## **Ohjauksen eteneminen potilaslähtöisesti**

Tässä yläluokassa alaluokkia olivat yksilöllinen potilasohjaus, potilaan huomioiminen ohjauksessa ja ohjauksen yksilöllinen ja johdonmukainen eteneminen. Ohjausta edistetään, kun hoitaja huomioi jokaisen potilaan yksilönä. Ohjauksessa tulisi huomioida ohjauksen soveltuvuus potilaan päivittäiseen elämään, kuitenkin potilaan mielipiteet huomioiden. Hyvässä ohjauksessa potilaalla on mahdollisuus osallistua ohjaukseen aktiivisesti. Hoitajan tulisi keskustella potilaan kanssa tavoitteista ja antaa vastauksia potilaan ja hänen omaistensa esittämiin kysymyksiin. Ohjauksen tulisi olla johdonmukaista ja ohjauksen lähtökohtina ovat ohjaustarpeet ja tavoitteet. Ohjauksen tulisi edetä suunnitelman mukaisesti. Potilaslähtöisyys edistää sepelvaltimotautipotilaan laadukasta ohjausta kotiutusvaiheessa.

## **Omaisten huomioiminen ohjauksessa**

Potilaat kokevat omaisten läsnäolon ohjaustilanteessa tärkeänä ja omaisilla on todettu olevan suuri merkitys potilaiden toipumis- ja selviytymisprosessissa. Omaisia on tärkeää ohjata sairaudesta ja elämäntavoista, kuten esimerkiksi sydäninfarktista, riskiteki-  
jöistä, liikunnasta ja ruokavaliosta. Omaisten tiedonsaanti on tärkeää.

## **Potilasohjauksen tasokas toteuttaminen**

Alaluokkia tässä yläluokassa olivat: monipuoliset ohjausmenetelmät, kirjallinen neuvonta, ohjauksen riittävät resurssit, hoitohenkilökunnan ohjaus osaaminen ja ohjauksen oikea ajoitus. Ohjausmenetelmien tulisi olla monipuolisia. Käyttämällä ja yhdistelemällä erilaisia ohjausmenetelmiä saavutetaan parhaita tuloksia, esimerkiksi teknologia-avusteinen ohjaus on todettu tehokkaaksi ja se myös tavoittaa suuret potilasmäärät helposti. Kotiutusvaiheen tehostetun ohjauksen yhdistäminen puhelimitse annettuun tukeen ja neuvontaan on antanut hyviä tuloksia. Hyväksi havaittua on myös vertaistuen yhdistäminen muuhun ohjaukseen. Tutkimuksissa kävi ilmi, että suullinen ohjaus on käytetyin ohjausmenetelmä. Suullisen ohjauksen tukena on hyvä käyttää kirjallista materiaalia. Kirjallisen materiaalin sisällön tulee olla ajan tasalla, sekä sen ulkoasun tulee olla selkeä ja kielellisesti helposti ymmärrettävää.

Laadukkaalle potilasohjaukselle on välttämätöntä riittävät resurssit, kuten ohjaukselle soveltuvat ja tarkoituksenmukaiset tilat. Potilaslähtöisyyttä edistävät etukäteen varattu aika ja onnistuneet aikajärjestelyt. Tasokasta ohjausta edistävät hoitajan tiedolliset ja taidolliset valmiudet ohjata sepelvaltimotautipotilaita kotiutusvaiheessa. Hoitajan hyvä asennoituminen näkyy potilasohjauksen laadussa. Hoitajan tulee ohjata ymmärrettävästi ja käsitteisiin liittyvät tekijät tulee olla selkeitä. Laadukasta ohjausta edistää ohjauksen oikea ajoitus. Akuuttivaiheessa potilaat tarvitsevat rauhoittavaa selviytymistä tukevaa tietoa ja ohjauksen tulisi painottua enemmän sairaalavaiheen jälkeiseen aikaan.

## **Potilaan taustatekijöiden huomioiminen ohjauksessa**

län ja sukupuolen merkitys ohjauksessa sekä suhtautuminen sairauteen olivat tämän yläluokan alaluokkia. Tuloksien mukaan potilaan nuori ikä vaikuttaa myönteisesti ohjauksen onnistumiseen, mutta myös 50–65-vuoden ikä vaikutti myönteisesti. Ikääntyneiden ohjaukseen tulisi kiinnittää erityishuomiota. Tuloksien mukaan potilaan sukupuolella on merkitystä ohjauksessa. Naiset kaipaavat ohjausta määrällisesti enemmän ja haluavat enemmän ohjausta erityisesti arkielämästä selviytymiseen. Naiset kaipaavat myös enemmän henkistä tukea. Miehet kokevat saavansa riittävämmän ohjausta. Potilaan suhtautuminen sairauteen vaikuttaa ohjaukseen, esimerkiksi asenteet riskitekijöihin vaikuttavat terveyskäyttäytymiseen. Henkilökohtaisten vaaratekijöiden tiedostaminen ja omien tavoitteiden asettaminen auttaa hoitoon sitoutumisessa.

## **Ohjaus hyvistä elämäntavoista**

Alaluokiksi muodostuivat tieto ravitsemuksen merkityksestä, tieto tupakoinnin merkityksestä ja tieto liikunnan merkityksestä. Tuloksien mukaan ruokavaliota pidetään merkittävänä tekijänä sepelvaltimotaudin hoidossa. Potilaat, jotka pitävät ravitsemusta tärkeänä, noudattivat myös terveellistä ruokavaliota. Tupakoinnin merkitystä pidetään suurena sepelvaltimotaudin synnyssä ja ehkäisyssä. Tupakoinnin lopettaminen oli yhteydessä tupakoinnin merkityksellisenä riskitekijänä pitämiseen. Liikunnan merkitystä pidettiin suurena sepelvaltimotaudin synnyssä ja ehkäisyssä. Potilaat, jotka pitivät liikuntaa merkityksellisenä, myös liikkuvat myös enemmän.



## 5.2 Ohjausta estävät tekijät kotiutumisvaiheessa

Toiseen opinnäytetyön tutkimuskysymykseen: mitkä tekijät estävät sepelvaltimotautipotilaan ohjausta kotiutumisvaiheessa, muodostui tutkimusaineiston perusteella viisi yläluokkaa. Yläluokkia olivat: riittämätön ohjaus sepelvaltimotaudista ja sen hoidosta, elämäntapaohjauksen puute, riittämättömät resurssit ja ohjausmenetelmien yksipuolisuus, hoitajan puutteelliset ohjaustaidot, taloudellisen pärjäämisen ja sosiaalisen tuen saamisen puute. Kyseiset yläluokat muodostuivat 16 alaluokasta. Taulukossa 2 on esimerkkinä ohjausta estävistä tekijöistä yläluokassa riittämätön ohjaus sepelvaltimotaudista ja sen hoidosta.

Taulukko 2. Esimerkkitaulukko ohjausta estävistä tekijöistä sepelvaltimotautipotilaan kotiutumisvaiheessa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Riittämätön ohjaus sairauden syistä (2)	Tiedon puute sairaudesta ja sen hoidosta	Riittämätön ohjaus sepelvaltimotautista ja sen hoidosta
Ohjaus riittämätöntä sairauden syistä (4)		
Ohjaus riittämätöntä toipumisajan pituudesta (4)		
Ohjaus riittämätöntä sairauden ennusteesta (4)		
Vähäinen tieto mahdollisista ongelmista sydäninfarktin jälkeen (6)		
Ohjaus riittämätöntä hoitovaihtoehtoista (4)		
Huonosti tietoa tehtyjen tutkimusten tuloksista (7)		
Ohjaus riittämätöntä hoidon riskeistä (4)	Vähäinen ohjaus riskitekijöistä	
Ohjaus riittämätöntä vaaratekijöistä (4)		
Tiedon puute riskitekijöistä (1)		
Riittämätön tieto sairauden komplikaatioista (7)		
Vähäinen tieto lääkkeiden käytöstä (6)	Riittämätön tieto lääkityksestä	
Tiedon puute lääkehoidosta (1)		
Riittämätön tieto lääkityksen sivuoireista (7)		

## **Riittämätön ohjaus sepelvaltimotaudista ja sen hoidosta**

Tämän yläluokan alaluokkia olivat tiedon puute sairaudesta ja sen hoidosta, vähäinen ohjaus riskitekijöistä ja riittämätön tieto lääkityksestä. Ohjaus oli riittämätöntä sairauden syistä, toipumisajan pituudesta ja sairauden ennusteesta. Ohjaus oli myös riittämätöntä erilaisista hoitovaihtoehdoista ja tutkimusten tuloksista. Ohjausta annetaan liian vähän sairauden komplikaatioista ja hoidon riskeistä, sekä muista riskitekijöistä. Vähäinen tieto lääkkeiden käytöstä ja lääkkeiden sivuoireista vähentää ohjauksen laatua.

## **Elämäntapaohjauksen puute**

Liian vähäinen tieto fyysisestä toimintakyvystä, ja tiedonpuute ravitsemuksesta ovat tämän yläluokan alaluokat. Tulosten mukaan potilaat saivat ohjausta riittämättömästi liikunnasta, kuntoutuksesta ja seksuaalisuudesta. Erityisesti miehiä huolestuttaa seksuaalinen aktiivisuus. Liian vähän tietoa annetaan myös lepäämisestä, rentoutumisesta ja ravitsemuksesta.

## **Riittämättömät resurssit ja erilaisten ohjausmenetelmien yksipuolisuus**

Tämä yläluokka muodostui neljästä alaluokasta: ohjauksen resurssit, ohjauksen ajoitus, ohjausmenetelmissä puutteita ja materiaalien käyttämättömyys. Ohjausaika koettiin usein lyhyeksi ja riittämättömäksi. Sovittujen aikojen ja ohjaajan vaihtuminen, sekä ohjaustilan huono soveltuvuus heikensi ohjauksen laatua. Ohjauksen ajoituksessa on kehitettävää, koska se jakautui epätasaisesti hoidon ajalle. Akuuttivaiheessa annetaan liikaa tietoa, vaikka kotiutusvaiheessa ohjauksen tarve on suurempi. Nuoremmat potilaat jäivät useammin ilman tietoa kotiutuksen jälkeen.

Ohjausmenetelmiä ei käytetä tarpeeksi monipuolisesti ja niissä olisi kehitettävää. Hoitajilla ohjausmenetelmien hallinta on riittämätöntä. Yksilöohjauksen ja ryhmäohjauksen vaikuttavuutta on kyseenalaistettu. Demonstraation hyötyä ei käytetä tarpeeksi ohjauksen tukena. Puutteita oli kirjallisen materiaalin puute, tarvittavan ohjausvälineistön puute ja myös valmiudet hyödyntää ohjausmateriaalia oli puutteellista.

### **Hoitajan puutteelliset ohjaustaidot**

Hoitajan puutteelliset ohjaustaidot -alaluokkia oli viisi: ohjauksen yksilöllisyys puutteellista, hoitajan asennoituminen ohjaukseen, ohjauksen ilmapiiri, riittämätön hoitajan tietotaito, ohjausta vaikea ymmärtää ja ohjausta ei anneta tarpeeksi laajasti. Ohjaus ei ole tarpeeksi yksilöllistä ja potilaan konteksti jää huomioimatta. Potilaan elämäntilannetta ei huomioida, eikä ohjaus sovellu potilaan päivittäiseen elämään. Hoitajat eivät aina huomioi potilaan ohjaustarpeita, aikaisempaa ohjausta ja hoitajat ovat tietämättömiä, miten potilas on ohjeet ymmärtänyt.

Ohjausta voi estää ohjauksen ilmapiiri, jos ohjauksen vuorovaikutus on autoritaarista ja ohjaus pakonomaista. Hoitajan asennoituminen ohjaukseen voi estää ohjauksen onnistumista, jos hoitajan asennoituminen on ylimalkaista ja jos potilaalle tulee tunne, että hoitajat ovat vihaisia heille. Hoitajan tietotaso oli riittämätöntä ja ohjaus paikoin virheellistä. Ohjauksen ymmärrettävyyttä estävät vierasperäiset sanat ja hoitajien ristiriitaisuus ohjeissa.

### **Taloudellisen pärjäämisen ja sosiaalisentuen saannin puute**

Alaluokkia tässä olivat: ohjauksen puute sosiaalisesta tuesta ja ohjauksen puute taloudellisesta pärjäämisestä. Potilaat saivat huonosti ohjausta sosiaalisesta tuesta ja ohjaus oli puutteellista terveyspalvelujen saatavuudesta, eikä heitä ohjattu tukiryhmiin. Potilaat saivat vähän tietoa sosiaalietuuksista ja sosiaaliturvasta. Tieto oli myös puutteellista vakuutuksen kattavuudesta ja työllistymisestä. Miehiä huolestutti naisia enemmän taloudellinen tilanne sairauden seurauksena.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyössämme etsimme vastausta tutkimuskysymyksiimme: Mitkä tekijät edistävät sepelvaltimotautipotilaan ohjausta kotiutumisvaiheessa, ja mitkä tekijät estävät sepelvaltimotautipotilaan ohjausta kotiutumisvaiheessa. Tutkimusaineistosta löytyi vaihtelevasti vastauksia tutkimuskysymyksiin, toisista tutkimuksista löysimme vastauksia enemmän ja toisista vähän vähemmän. Suurimmassa osassa tutkimusaineistoa käsiteltiin potilaiden kokemuksia ja tyytyväisyyttä ohjaukseen.

Tutkimuksissa käsiteltiin ohjausta kattavasti. Tutkimuskysymyksiin saimme vastauksia käyttämällä sisällönanalyysia. Tuloksia löysimme hieman enemmän ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme: mitkä tekijät edistävät sepelvaltimotautipotilaan ohjausta kotiutumisvaiheessa, kuin toiseen tutkimuskysymykseemme: mitkä tekijät estävät sepelvaltimotautipotilaan ohjausta kotiutumisvaiheessa. Opinnäytetyömme tulokset ovat samankaltaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, emmekä löytäneet olennaisia eroavaisuuksia tietoperustan välillä. Opinnäytetyömme tulokset eivät yllättäneet meitä, sillä osa niistä on ollut huomattavissa käytännön työelämässä. Esimerkiksi monessa työpäivä kassa aika ei riitä hyvään ja yksilölliseen ohjaukseen ja myös hoitajien ohjaustaidoissa on ollut havaittavissa puutteita. Erilaisien ohjausmenetelmien käyttöä näkee vähän, vaikka hyvää ohjausta edistää ohjausmenetelmien monipuolisuus ja riittävät resurssit.

Sepelvaltimotautipotilaat tarvitsevat riittävästi ohjausta sepelvaltimotaudista ja sen hoidosta, sillä tiedonsaanti auttaa potilasta selviytymään sairaudesta kotiutumisen jälkeen. Lähes kaikissa tutkimusaineistossa nousi esille sairauden, tutkimusten, toimenpiteiden, lääkityksen ja hoidon riittävä tiedonsaanti, jota edistää hyvä potilasohjaus. Omaisten huomioiminen ohjauksessa nousi esille monessa tutkimusaineiston lähteessä. Omaisten läsnäolo ja tuki ohjauksessa on tärkeää potilaan toipumisen kannalta. Tutkimuksissa kävi myös ilmi, että omaisia huomioidaan liian vähän ohjauksessa. Myös tietopohjassa olleen Okkoson ja Kuusiston (2004: 12-14) tutkimuksen mukaan sepelvaltimotautipotilaat pitävät perheen tukea tärkeänä, mutta osa potilaista kokee omaistensa tuen liian holhoavaksi.

Opinnäytetyömme tietopohjassa olevan tutkimuksenkin mukaan terveydenhoitohenkilöstö osaa parhaiten suullisen yksilöohjauksen ja muiden ohjausmenetelmien käyttäminen on heikompaa. He myös kaipaavat ohjaukselle enemmän aikaa ja parempia tiloja ohjaukselle, sekä myös välineistön saatavuuden parantumista. Ohjauksen resursseja, organisointia ja ohjaustoimintaa tulisi kehittää. Hoitohenkilökunta toivoo enemmän aikaa, parempia tiloja ohjaukselle, koulutusta ja perehdytystä ohjauksesta. (Kääriäinen ym. 2006: 9-10.)

Hoitajan tulee huomioida ohjauksessa potilaan taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli ja suhtautuminen sairauteen. Tietopohjassa myös ilmeni sukupuolen merkitys ohjaukseen: Hölttän ym. (2002: 14) tutkimuksessa todettiin naisten kaipaavan enemmän ohjausta kuin miesten. Kyngäs ym. (2007: 36-38) toteaa fyysisten taustatekijöiden, esimerkiksi iän ja sukupuolen vaikuttavan ohjaustarpeeseen. Hyvää ohjausta edistää potilaslähtöinen työote. Osastoilla ei kuitenkaan aina ehditä tutustumaan tarpeeksi potilaan taustatekijöihin. Elämäntapojen merkitys on suuressa roolissa taudin synnyssä ja hoidossa, jonka vuoksi elämäntapaohjaus on erityisen tärkeää. Tutkimustulokset olivat samankaltaisia elämäntapojen merkityksen osalta: Hämäläisen (2008) mukaan potilas tarvitsee ohjausta ravitsemuksesta, liikunnasta, tupakoinnista ja sukupuolielämästä. Elämäntapamuutoksia tukevat myös omaisten ohjaaminen, esimerkiksi puolisonkin ohjaaminen terveelliseen ruokavalioon. Koko perheen sitoutuminen hyviin elämäntapoihin, edistää potilaan terveyttä.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan kotiutusvaiheen ohjausta edistää potilaslähtöinen ohjaus, jossa huomioidaan potilas yksilöllisesti. Tietoperustassa myös Kääriäisen (2008: 10-14) tutkimuksessa nousee ilmi potilaslähtöisyys. Hoitajan on hyvä selvittää potilaan taustatekijät ennen ohjausta. Ohjauksen sisältö ja tavoitteet tehdään potilaan taustatekijöistä määrittelyn ohjaustarpeen mukaan.

Tulosten mukaan ohjausta estää tiedon puute sairaudesta ja sen hoidosta, vähäinen tieto riskitekijöistä sekä lääkityksestä. Tietopohjassa ilmeni, että potilaiden ohjaus on usein riittämätöntä esimerkiksi lääkehoitoon tai sairauteen liittyen (Mäkinen – Penttilä.) Potilaat saivat liian vähän tietoa fyysisestä toimintakyvystä liikunnan, kuntoutuksen ja seksuaalisuuden osalta. Ohjaus ravitsemuksesta koettiin puutteelliseksi. Nämä tekijät estävät hyvien elämäntapojen toteutumista. Opinnäytetyömme tietopohjassa ilmeni, että iäkkäät potilaat pitävät tärkeimpinä itsehoitokeinoina liikuntaa, terveellistä ruokavaliota, lepoa ja rauhallisena pysymistä (Laapotti-Salo – Routasalo 2004: 25-26.) Tieto-

pohjassa ilmeni, että sepelvaltimotautipotilaat toivovat saavansa tietoa toipumisesta ja liikkumisesta (Okkonen – Kuusisto 2004: 12-14.) Aineiston analyysissä yhdessä artikkelissa (Blek ym. 2007:11) kerrottiin myös, että tietoa saatiin harvemmin lepäämisestä ja rentoutumisesta.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että potilaat kokivat puutteita sosiaalisessa ja taloudellisen pärjäämisen ohjauksessa. Sairaanhoidajilla on liian vähän tietämystä sosiaalietuksista, eikä sitä opeteta riittävästi sairaanhoidajakoulutuksessa. Usein osastoilla on mahdollisuus pyytää sosiaalityöntekijä kertomaan sosiaalietuksista ja tätä tulisi hyödyntää enemmän. Kääriäisen ym. (2006: 9) tutkimuksen mukaan potilaita ohjataan heikosti vertaistukeen. Opinnäytetyömme tutkimustuloksissa näkyi, että ohjausta saadaan liian vähän tukiryhmistä ja sosiaalisesta tuesta. Okkonen ja Kuusiston (2004:12.14) tutkimuksen mukaan sepelvaltimotautipotilaat pitävät vertaistukea tärkeänä ja suuri osa heistä haluaisi osallistua sydänjärjestöjen toimintaan.

Ohjauksen sisältöä on hyvä miettiä hoidon ajankohdan mukaan, esimerkiksi akuuttivaiheessa potilaat saavat liikaa tietoa, jota 30-78% potilaista ei ymmärrä. Akuuttivaiheessa potilaat tarvitsevat enemmän rauhoittavaa ja selviytymistä tukevaa tietoa. Lyhentyneet hoitoajat ja muuttuneet hoitomenetelmät vaativat kehittämistä ohjauksen sisällön, menetelmien ja ajoituksen suhteen vastaamaan nykytarpeisiin. Sepelvaltimotautia sairastavien määrä kasvaa väestön ikääntyessä sekä elinajanodotteen pidentyessä. Tämän takia on hyvä kehittää ohjausmenetelmiä, jotka saavuttaisivat suuret potilasmäärät kustannustehokkaasti. (Kähkönen ym. 2012: 207.)

## 6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on koonnut yhdeksän keskeistä kategoriaa hyvään tieteelliseen käytännön toteuttamiseen. Näihin seitsemään kategoriaan sisältyy muun muassa toimintatapojen rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuksissa tulee käyttää eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimukselle sopia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Toisten tutkimuksiin suhtaudutaan kunnioittavasti ja asianmukaisesti. Suunnittelu ja toteutus sekä raportointi tapahtuvat, sille kohdistettujen vaateiden mukaisesti. Tutkimusta tekevien kesken sovitaan tutkimusta koskevista asioista, kuten tekijän vastuista ja velvollisuuksista. Tutkimuksen saadessa esimerkiksi rahoitusapua tulee se raportoida asianmukaisesti. Jokainen tutki-

ja vastaa itse ensisijaisesti hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. (Tutkimus-eettinen neuvottelukunta 2013: 6-7.)

Etiikka käsittelee kysymyksiä hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Tutkimuksen tekemisessä tulee esille monia eettisiä kysymyksiä, jotka on otettava huomioon. Tutkimuksen täytyy noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta tutkimus voi olla eettisesti hyvä. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2009: 23.) Eettiset haasteet koskevat koko tutkimusprosessia aina suunnittelusta julkaisemiseen asti (Kylmä – Juvakka 2007: 139).

Tutkimusaineiston valinnassa olemme miettineet onko aineisto eettisesti ja luotettavasti tehty. Tutkimus on luonteeltaan inhimillistä ja arvoperustaista toimintaa, jossa eettiset ratkaisut ovat merkittävässä asemassa. Tutkimusetiikka käsittelee sitä, kuinka tehdään eettisesti hyvää sekä luotettavaa tutkimusta. Luotettavuuden saavuttamiseksi ja takaamiseksi on olemassa useita kannanottoja ja normeja. Useassa normissa on erityishuomioitu tutkittavien ihmisten oikeuksia kohteluun ja toteutumiseen. Lainsäädäntö ohjaa pitkälti tutkimusetiikan toteutumista, sillä se määrittää rajat normeille ja kannanotoille. (Leino-Kilpi – Välimäki 2014: 361-364.)

Epärehellisyttä täytyy välttää tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Epärehellisyttä on esimerkiksi toisten tekstien plagiointi, eli toisten tekstien luvaton lainaaminen. Lainatussa tekstissä on aina oltava asialliset lähdemerkinnät. Olemme pyrkineet merkanneet lähdeviitteet ja lähdemerkinnät huolellisesti jo alusta alkaen opinnäytetyön ohjeen mukaisesti. Epärehellisyttä on myös tuloksien yleistäminen kriittikittömästi ja tuloksien sepittäminen tai kaunistelu. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai vajavaista. (Hirsjärvi ym. 2009: 25-26.)

Opinnäytetyömme pyrkimyksenä on ollut tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkimastamme aiheesta. Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan siten, kuinka on pystytty tuottamaan todenmukaista tietoa. Tutkimustoiminnan tieteellisen tiedon hyödyntämisen kannalta luotettavuuden arviointi on ehdotonta. Laadullista tutkimusta voidaan arvioida luotettavuuskriteerien avulla, joita ovat esimerkiksi uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja uskottavuuden osoittamista tutkimuksessa. Uskottavuutta työssämme lisää se, että olemme perehtyneet asiaan tammikuusta 2014 lähtien. Vahvistettavuutta lisää, että olemme saaneet opinnäytetyön ohjausta prosessin kriittisissä vaiheissa. Vahvistettavuutta työssämme lisää myös se, kun olemme tarkasti kertoneet

opinnäytetyömme prosessin. Reflektiivisyys on sitä, että tutkimuksen tekijät ovat tietoisia omista lähtökohdistaan. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä samankaltaisiin tilanteisiin. (Kylmä – Juvakka 2007:127-129.)

Opinnäytetyömme aihe on vaihtunut prosessin aikana, joka voi heikentää työmme luotettavuutta, sillä olemme etsineet tietoa eri tutkimuskysymyksiin alkuvaiheessa. Opinnäytetyömme rajautui lopulliseen aiheensa myöhään, jonka takia aika on ollut rajallinen, joka on aiheuttanut stressiä ja painetta työskentelyyn, mikä voi näkyä työn luotettavuudessa. Opinnäytetyömme luotettavuutta pyrimme lisäämään valitsemalla vain tutkimuksia, jotka olivat tehty viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tutkimusaineistoa etsittiin eri tietokannoista ja tärkeimmillä tutkimuskysymyksiin vastaavilla hakusanoilla. Tutkimusaineisto on ollut välillä haasteellisesti saatavaa ja useat artikkelit ovat maksullisia, eikä niitä kaikkia ole voitu ostaa luettavaksi.

Luotettavuutta lisää se, että meitä on ollut kaksi tekemässä opinnäytetyötä. Opinnäytetyön prosessin aikana olemme pystyneet keskustelemaan artikkeleista ja miettineet tuloksia yhdessä. Työn luotettavuutta voi heikentää se, että opinnäytetyömme oli meille ensimmäinen ja tieteellisten tutkimusten lukeminen ei ole välttämättä niin luontevaa. Luotettavuutta myös heikentää englanninkielisten artikkeleiden käyttäminen, joka voi tuoda virhetulkintoja. Suurempi määrä analysoitavia aineistoja olisi luonut opinnäytetyöllemme enemmän luotettavuutta. Sisällönanalyysiin olemme kuitenkin käyttäneet paljon aikaa ja saaneet ohjausta, millä pyrimme lisäämään työllemme luotettavuutta. Alkuperäisilmauksien etsimisessä on voinut jäädä joitain oleellisia asioita huomioimatta, toisaalta meitä on ollut kaksi tekijää mikä on edesauttanut oleellisten alkuperäisilmausten löytämistä. Sisällönanalysoinnissa alkuperäisilmausten pelkistäminen ja ryhmittely perustuu meidän omiin päätelmiin ja toinen tekijä voisi saada erilaisia tuloksia.

### 6.3 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Sepelvaltimotaudista ja ohjauksesta löytyy paljon tutkimuksia ja tietoa, jota voitaisiin enemmän käyttää enemmän työelämässä. Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajien tiedoissa oli puutteita, joten hoitajia pitäisi enemmän kouluttaa sepelvaltimotaudista ja siihen liittyvästä ohjauksesta. Kouluttamalla saataisiin yhtenäistettyä ohjausta ja sen laatua. Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille ohjauksen ristiriitaisuus, joka johtuu eri ohjaajien antamasta erilaisesta ohjauksesta. Tämän vuoksi omahoitajuus-malli voisi olla



hyvä keino toimia, myös tietyille potilasryhmälle kehitetty ohjausrunko tai tarkastuslista voisi parantaa ohjauksen johdonmukaisuutta. Ohjauksen hyvä kirjaaminen ja raportointi ovat myös avainasemassa hyvän ohjauksen toteuttamiselle. Kirjallista materiaalia on hyvä käyttää muun ohjauksen tukena, koska potilas ei pysty sisäistämään kaikkea ohjattua tietoa kerralla. Kirjallisesta materiaalista potilas pystyy tarkastamaan ohjattuja asioita myöhemmin. Ohjausta on hyvä myös jakaa koko hoidon ajalle ja tehostaa kotiutumisvaiheessa.

Ohjaustilat olivat usein sopimattomia, jonka vuoksi niihin tulisi panostaa ja näin edistettäisiin ohjausta. Esimerkiksi, jos potilaalla ei ole yhden hengen huonetta, täytyisi olla käytössä ohjaukseen varattu erillinen tila. Ohjaustilan olisi suotavaa olla rauhallinen ja potilaan yksityisyyttä suojaava, mikä edistää potilaan osallistumista ohjaukseen.

Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia tarkemmin sepelvaltimotautipotilaan ohjausta kotiutusvaiheessa, koska siitä tarvitaan lisää päivitettyä tietoa. Jatkotutkimuksina esimerkiksi opinnäytetöinä voitaisiin tutkia sepelvaltimotautipotilaiden kokemuksia erilaisista käytetyimmistä ohjausmenetelmistä esimerkiksi kirjallisesta ohjausmateriaalista. Kirjallinen ohjausmateriaali on tutkimusten mukaan hyvin käytetty, jonka vuoksi sitä olisi hyvä tutkia potilaan kannalta.

#### 6.4 Opinnäytetyön merkitys

Opinnäytetyömme on kaikkien helposti saatavilla ja luettavissa internetissä Theseus-ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistossa, jota esimerkiksi terveydenhoitoalan opiskelijat voivat hyödyntää omissa tehtävissään ja töissään. Terveystieteiden ammattilaiset pystyvät hyödyntämään opinnäytetyötämme sepelvaltimotautipotilaan ohjauksen kehittämisessä. Kuitenkin haasteenamme on opinnäytetyön välittäminen työelämän käytettäväksi, sillä meillä ei ole työelämän yhteistyökumppania.

Olemme kokeneet opinnäytetyön tekemisen hyödylliseksi oppimisprosessiksi, jonka myötä olemme myös kasvaneet ammatillisesti. Opinnäytetyön tekeminen on ollut kokonaisuudessaan haasteellista ja kuluttavaa. Olemme oppineet opinnäytetyöprosessille välttämättömiä asioita, kuten tiedonhakua ja itse tutkimuksen tekemistä induktiivista aineiston analyysia käyttäen. Opinnäytetyön tekeminen on myös opettanut asioita itsestämme ja kuinka tärkeää on vaalia hyvää tiimityöskentelyä. Opinnäytetyöprosessin

alkuvaiheessa, kun opinnäytetyön aihe oli vielä rajautumassa, opimme myös sepelvaltimotautipotilaan hoitopolun kartoittamista Lean-menetelmää käyttäen. Olemme oppineet opinnäytetyöprosessin aikana paljon niin sepelvaltimotaudista, sen hoitopolusta ja erityisesti ohjaamisesta. Ohjausta pystymme soveltamaan myös muille potilasryhmille kuin sepelvaltimotautipotilaille. Voimme hyödyntää oppimaamme tietoa työelämän eri kentillä ja jatkokouluttumisessa.

## 7 Lähteet

Eloranta, Sini – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* vol. 26 (1) 63-73.

Eriksson, Elina – Partanen, Leila 2005. Sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* vol.3 (1) 4-9.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Hämäläinen, Helena 2008. Sydänpotilaan kuntoutus. Duodecimin oppikirjat. Verkko-dokumentti.

<[http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kar00089&p\\_haku=sydänpotilaan kuntoutus](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kar00089&p_haku=sydänpotilaan kuntoutus)> Luettu 26.8.2014.

Hölttä, Raili – Salanterä, Sanna – Hupli, Maija 2002. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa olleiden potilaiden oppimistarpeet. *Hoitotiede* vol. 14 (1) 11-18.

Johansson, Kirsi 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa: Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja, sarja A51:3-9.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kauppinen, Anneli – Muhonen, Riitta 2012. ST-nousuinfarktin liuotushoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Terveysportti. Verkkodokumentti.

<[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk00455&p\\_haku=liuotushoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00455&p_haku=liuotushoito)> Luettu 18.2.2014.

Kervinen, Helena. 2013. Sepelvaltimotauti. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Verkko-dokumentti.

<[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01400&p\\_haku=sepelvaltimotauti](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01400&p_haku=sepelvaltimotauti)> Luettu 8.2.2014.

Ketola, Eeva – Mäntyranta, Taina – Mäkinen, Risto – Voipio-Pulkki, Liisa-Maria – Kaila, Minna – Tulonen-Tapio, Johanna – Nuutinen, Matti – Aalto, Pirjo – Kortekangas, Pirkko – Brander, Pirkko – Komulainen, Jorma. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi. Verkkodokumentti.<[http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=33cbec71-60ab-11de-8d93-611da34ece74/hoitoketjuopas\\_2006.pdf](http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=33cbec71-60ab-11de-8d93-611da34ece74/hoitoketjuopas_2006.pdf)>. Luettu 8.2.2014.

Koivunen, Kirsi – Lukkarinen, Hannele – Isola, Arja 2003. Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutumisprosessia. *Hoitotiede* vol. 15 (2) 62-73.

Kutinlahti, Eija – Pellikka, Minna 2013. Sepelvaltimotauti – liikuntaohje. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti

<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00983](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00983)>. Luettu 8.2.2014.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede vol.11 (1) 3-12.

Käypä hoito 2009. Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04058?hakusana=ohjaus>> Luettu 12.2.2014.

Käypä hoito 2011. ST-nousuinfarkti. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50091>>. Luettu 18.2.2014.

Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö vol. 6 (4) 10-14.

Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede vol. 18. (1) 37-45.

Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi – Torppa, Kaarina – Ukkola, Liisa 2006. Terveystienhuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede vol. 18 (1) 4-13.

Laapotti-Salo, Anne – Routasalo, Pirkko 2004. Iäkkään potilaan tieto omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan. Tutkiva hoitotyö vol.2 (1) 23-28.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Marttila, Jukka 2010. Muutosvalmius. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01668>> Luettu 3.11.2014.

Mustajoki, Pertti – Kaukua, Jarmo 2008a. Sepelvaltimoiden varjoainekuvaus. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=snk04151&p\\_haku=varjoainekuvaus](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk04151&p_haku=varjoainekuvaus)> Luettu 12.2.2014.

Mustajoki, Pertti – Kaukua, Jarmo 2008b. Rasitus-EKG. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=snk03212&p\\_haku=rasituskoe](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03212&p_haku=rasituskoe)> Luettu 18.2.2014.

Mustajoki, Pertti 2013. Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00077&p\\_haku=sepelvaltimo](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077&p_haku=sepelvaltimo)> Luettu 2.2.2014.

Mäkinen, Anne – Penttilä, Ulla-Riitta 2007. Sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa. Suomen sydänliiton julkaisuja. Verkkodokumentti. <[http://www.sydanliitto.fi/c/document\\_library/get\\_file?uuid=03135813-392c-4251-ab8f-abde05c110e9&groupId=14302](http://www.sydanliitto.fi/c/document_library/get_file?uuid=03135813-392c-4251-ab8f-abde05c110e9&groupId=14302)> Luettu 2.3.2014.

Okkonen, Eila – Kuusisto, Marja 2004. Potilaan huolenaiheet ja toiveet sepelvaltimoiden ohitusleikkausten jälkeen. Tutkiva Hoitotyö. vol 2 (1) 10-16.

Silvennoinen-Nuora, Leena 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Tampereen yliopisto. Akateeminen Väitöskirja.

Stolt, Minna – Routasalo, Pirkko 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa: Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja, sarja A51:3-9.

Tutkimus eettinen neuvottelukunta 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki.

Vainikainen, Tuula 2005. Hoitoketjut rakentuvat yhteistyöllä – ylläpito vaatii yhteishuoltajuutta. Duodecim. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo95237&p\\_haku=hoitopolku.](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo95237&p_haku=hoitopolku.)> Luettu 18.2.2014.

## Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Muuta	Hakusanat	Osumia yhteensä	Otsikon mukaan valitut	Tiivistelmän mukaan valitut	Sisällön perusteella luetut	Valitut
Medic	Rajattu vuodet 2004-2014	Sepelvaltimotauti AND potilasohjaus	22	3	3	3	2
Medic	Rajattu vuodet 2004-2014	Potilasohjaus	713	18	8	8	3
Cinalh	2004-2014	Coronary heart disease AND Patient education	129	4	1	1	0
	2004-2014	Coronary heart disease AND Counseling	70	4	2	0	0
PubMed	2004-2014	Patient education AND Coronary heart disease	658	8	4	2	1

### Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus on tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset
1. Blek, Tiina – Kiema, Mari – Karinen, Aino – Liimatainen, Leena – Heikkilä, Johanna 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon- saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveyskäyttäytymiseen. Tutkiva Hoitotyö vol. 5 (4). Suomi.	Tarkoituksena oli tutkia mil-laista tietoa sepelvaltimotau-tia sairastavat potilaat ja hei-dän läheisensä saavat sai-raalahoidon aikana sepelval-timotaudista ja sen riskiteki-jöistä. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia potilaiden ja heidän läheistensä käsityksiä sepel-valtimotaudin riskitekijöiden merkityksestä ja käsitysten yhteyttä sepelvaltimotautipo-tilaan terveyskäyttäytymi-seen.	Sepelvaltimotautiin sairastu-neet (n=385) ja heidän lähei-sensä (n=140), jotka ovat sairaalahoidossa erään eri-koissairaanhoidon piirissä. Potilaat osallistuivat sydänpii-rin järjestämälle ensitieto-kurssille.	Aineisto kerättiin struktu-roidulla kyselylomakkeella syksyn 2002 ja kevään 2004 aikana. Aineisto käsiteltiin tilastollisesti tarkastellen frekvenssi- ja prosenttija-kaumia. Tiedon riittävyttä koskeva aineisto ristiintaulu-koitiin sukupuolimuuttujan suhteen. Sepelvaltimotaudin riskitekijöihin asennoitumista ja terveyskäyttäytymistä tar-kasteltiin $\chi^2$ - merkitsevyys-testin avulla.	Yli puolet sepelvaltimotauti potilaista ja heidän läheisis-tään koki saaneensa liian vähän tietoa sairaalahoidon aikana. Ne potilaat jotka pitivät sepelvaltimotaudin riskitekijöitä tärkeänä, huo-lehtivat myös terveydestään.
2. Isola, Arja – Backam, Kai-sa – Saarnio, Reetta – Kää-riäinen, Maria – Kyngäs, Helvi 2007. Iäkkäiden koke-muksia saamastaan potilas-ohjauksesta erikoissairaan-hoidossa. Hoitotiede vol.19 (2). Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla iäkkäiden potilai-den kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta.	Yhden sairaalan osastojen ja poliklinikoiden potilaat mar-raskuun 2003 ja tammikuun 2004 välisenä aikana. Valin-takriteerinä tutkimukseen osallistumiselle oli vähintään 65-vuoden ikä, kyky vastata itsenäisesti kyselylomakkee-seen ja kotiutus päätös oli tehty. Tutkimukseen osallistui 203 potilasta.	Tutkimusaineisto kerättiin yliopistollisen sairaalan osas-toilta ja poliklinikoilta potilailta kyselylomakkeella. Määrälli-sen aineiston käsittelyssä oli käytetty SPSS 12, 0-tilasto-ohjelmaa. Suorajakaumilla kuvattiin iäkkäiden kokemus-ta saamastaan ohjauksesta.	Iäkkäät potilaat olivat tyyty-väisiä saamaansa ohjauksen laatuun. Iäkkäät olivat saa-neet riittämättömästi ohjausta kuntoutuksesta, tukiryhmistä ja sairauden syistä. Iäkkäät toivoivat omaisten osallistu-mista ohjaustilanteeseen, yksilöllisyyttä ja monipuolisia ohjausmenetelmiä.

Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus on tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset
3. Kähkönen, Outi – Kankkunen, Päivi – Saaranen, Terhi 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede vol. 24 (3). Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimotautia sairastavien potilasohjausmenetelmiä, ohjauksen sisältöä ja ohjauksen kehittämistarpeita.	Cinalh-, Cochrane, Medic- ja PubMed-tietokannat	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tutkimusaineistoon haettu Cinalh-, Cochrane, Medic- ja PubMed-tietokannoista. Tutkimusmenetelmänä oli sisällysanalyysi.	Sepelvaltimotautipotilaiden ohjausmenetelmiä olivat yksilö-, ryhmä-, puhelin- ja sähköisten viestimien avulla tapahtuva ohjaus sekä niiden yhdistelmät. Potilasohjauksen toteutus oli tiedollisesti ja taidollisesti puutteellista sairaalahoidon päätyttyä. Potilasohjausmenetelmät ja ohjauksen sisältö sekä potilaan yksilöllisten tarpeiden, tietotason sekä väestön ikärakenteen huomioiminen osoittautuivat kehittämisalueiksi.
4. Kääriäinen, Maria – Kynäs, Helvi – Ukkola, Liisa – Torppa, Kaarina 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö vol. 3 (1). Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta.	Yhden sairaalan osastojen ja poliklinikoiden potilaat. (n=2071)	Aineistoa kerättiin yhden sairaalan osastoilta ja poliklinikoilta jotka valittiin klinikoitain suhteellisilla kiintiöinnillä. Potilaat valittiin hoitoyksiköistä systemaattisella satunnaisotannalla. Hoitohenkilökunta jakoi lomakkeet potilaille kotiuttamisvaiheessa.	Ohjauksen saanti osoittautui osittain riittämättömäksi ennen sairaalaan tuloa ja sairaalassa. Huonointa ohjaus oli sosiaalisen tuen osalta. Ohjauksen resurssit olivat kohtalaisen hyvät. Ohjausta toteutettiin pääosin potilaslähtöisesti ja ilmapiiri oli hyvä. Suullinen yksilöohjaus hallittiin parhaiten ohjausmenetelmistä.



Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus on tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset
5. Frick, Ullrich – Gutzwiller, Florian S. – Maggiorini, Marco – Christen, Stefan 2012. A questionnaire on treatment satisfaction and disease specific knowledge among patients with acute coronary syndrome. II: Insights for patient education and quality improvement. Patient Education and Counseling vol. 86 (3). Sveitsi.	Tutkimuksen tarkoitus on selvittää sepelvaltimotautikohtauspotilaiden hoitoon tyytyväisyyttä ja tietopohjaa sairaudesta.	Sveitsiläisten sairaalojen sepelvaltimotautikohtauksen sairastanutta yli 2000 potilasta.	Piilevänluokan analyysi.	Paljastui 4 mallia tietotaidoista ja 5 mallia hoitotyytyväisyydestä.
6. Oterhals, Kjersti – Hanesstad, Berit R. – Eide, Geir E. – Hanssen, Tove A. 2006. The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. European Journal of Cardiovascular Nursing vol 5 (4). Norja.	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia ja kuvata suhdetta vastaanotetun tiedon ja tyytyväisyyden välillä terveydenhuoltoon sydäninfarktin jälkeen. Lisäksi tutkimuksessa kuvataan kehittämisalueita potilaiden terveydenhuollossa.	Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Haugelandin yliopistosairaalan sydäninfarkti potilaita.	Kyselylomake tutkimus. jotka lähetettiin infarktipotilaille 6 viikon jälkeen sairaalasta kotiutumisen. Tutkimukseen osallistui 111 potilasta.	Yleensä potilaat olivat erittäin tyytyväisiä terveydenhuoltoon ja mitä enemmän tietoa potilas kertoi saavansa sitä tyytyväisempi hän oli sairaalassa oloon. Potilaat olivat tyytymättömiä tietoon lääkityksestä ja mahdollisista tulevaisuuden ongelmista. Nämä olivat alueita, joista potilaat saivat vähiten tietoa ja todettiin myös että näillä alueilla oli parhaimmat mahdollisuuden kehittäminen.

Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus on tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset
<p>7. Kaakinen, Pirjo 2013. Pitkääikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla ja ennustaa pitkäaikaissairaiden aikuispotilaiden ohjauksen laatua sairaalassa. Tutkimus oli jaettu kolmeen osa-tutkimukseen joiden tarkoitukset olivat: I osatutkimuksen kuvailla pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen tunnuspiirteitä integroidun kirjallisuuskatsauksen avulla. II osatutkimuksen kuvailla ja ennustaa ohjauksen laatua pitkäaikaissairaiden aikuisten arvioimana. III osatutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla pitkäaikaissairaiden aikuispotilaiden ohjauksen laatua kirjaamisen perusteella.</p>	<p>I osatutkimuksen aineisto oli Cinahl, Medline ja Medic tietokannat, sekä manuaalihakua. II Osatutkimuksen tutkimusjoukon muodostivat yliopisto- ja keskussairaalassa hoidettavana olleet pitkäaikaissairaat (n = 240). III osatutkimuksen otoksena olivat potilasasiakirjat (n=150) joulukuussa 2010.</p>	<p>I osatutkimus oli integroitu kirjallisuuskatsaus, jossa käytettiin narratiivista lähestymistapaa aineisto oli kerätty kirjallisuushaulla. II osatutkimuksen aineisto kerättiin yliopisto-sairaalan 7 eri osastolta/poliklinikalta ja keskussairaalassa 4 eri osastolta/poliklinikalta touko–syyskuun välisenä aikana vuonna 2010. Kyselylomakkeeseen vastasi 106 henkilöä Kyselylomake oli strukturoitu Kääriäisen (©2007) kehittämä Ohjauksen laatu -malli. Aineisto analysoitiin PASW 18.0 -ohjelmalla. III osajulkaisussa jatkettiin toisen osajulkaisun analyysiä etsimällä ohjauksen laatua ennustavia tekijöitä logistisella regressioanalyysillä.</p>	<p>Pitkääikaissairaiden aikuisten ohjauksen sisältö liittyi tietoon sairaudesta, sosiaalisesta tuesta ja tutkimusten tuloksista. Ohjauksen toteutuksen sisältö muodostui suunnitelmallisuudesta, vuorovaikutuksesta ja ilmapiiristä, potilaslähtöisestä ohjauksesta ja sairauden ennusteesta. Ohjauksen hyödyt ilmenivät asenteissa sairauteen, itsehoitossa, hoitoon sitoutumisessa, tunteiden hallinnassa ja elämänlaadussa. Ohjauksessa käytettiin monipuolisia ohjaus menetelmiä ja -materiaaleja ja ohjaukseen oli varattava riittävästi aikaa. Tulosten mukaan ohjauksen kirjaaminen oli vähäistä. Ohjauksen toteutus muodostui potilaan aktiivisuudesta ohjaustilanteissa, ohjauksen arvioinnista sekä sairauteen ja emotionaaliseen tukeen liittyvistä ohjaustarpeista.</p>

**Analyysitaulukot****Mitkä tekijät edistävät sepelvaltimotautipotilaan ohjausta kotiutumisvaiheessa?**

Sairaudesta ohjataan riittävästi (2)	Tieto sairaudesta	Riittävä ohjaus sepelvaltimotaudista
Tärkeänä pidetään ohjausta sairaudesta (2)		
Tiedon saanti sydäimestä ja sen toiminnasta (1)		
Ohjaus riittävää sairaudesta (4)		
Tieto sairaudesta (7)		
Tieto sydäninfarktin aiheuttajista (6)		
Tieto sydäninfarktista (6)	Tieto sairauden vaikutuksesta elämään	
Tieto sairauden ennusteesta (7)		
Tieto mahdollisista komplikaatioista (7)		
Ohjaus riittävää oireista (4)		
Ohjaus sairauden oireiden lievittämisestä (7)		
Tieto sairauden vaikutuksista päivittäiseen elämään(7)		

Hoitotoimenpiteistä ohjataan riittävästi (2)	Ohjaus tutkimuksista ja toimenpiteistä	Riittävä ohjaus sepelvaltimotaudin hoidosta
Tutkimuksista ohjataan riittävästi (2)		
Toimenpiteisiin ohjaus riittävää (4)		
Tutkimuksiin ohjaus riittävää (4)		
Tärkeänä pidetään ohjausta tulevista tutkimuksista/toimenpiteistä (2)		
Tieto lääkityksestä (7)	Tieto lääkityksestä	
Tieto nitrojen käytöstä (1)		
Tärkeänä pidetään ohjausta lääkityksestä (2)		
Hoitoon valmistava ohjaus riittävää (4)	Ohjaus hoidosta	
Ohjaus riittävää hoidon osalta (4)		
Tärkeänä pidetään ohjausta hoidosta (2)		
Sairauden hoidosta ohjataan riittävästi (2)		
Tieto sairauden hoidosta(7)		

Yksilöllinen ohjaus (2)	Potilasohjaus yksilöllistä	Ohjauksen eteneminen potilaslähtöisesti
Ohjaus potilaslähtöistä (3)		
Tunne kohtelusta yksilönä (7)		
Ohjauksen soveltaminen päivittäiseen elämään (7)		
Potilaiden mielipiteet huomioidaan (2)		
Potilaalla mahdollisuus aktiiviseen osallistumiseen (3)	Potilaan huomioiminen ohjauksessa	
Ohjaaja keskustelee tavoitteista (2)		
Vastausten saaminen omiin tai omaisten esittämiin kysymyksiin (7)		
Ohjaus johdonmukaista (3)	Ohjauksen etenee yksilöllisesti ja johdonmukaisesti	
Ohjaustarpeet ohjauksen lähtökohtana (7)		
Ohjauksen tavoitteet ohjauksen lähtökohtana (7)		
Ohjaus etenee suunnitelman mukaisesti (2)		

Läheisten ohjaus ruokavaliosta (1)	Omaisten ohjaus sairaudesta ja elämäntavoista	Omaisten huomioiminen ohjauksessa
Läheisten ohjaus infarktista (1)		
Läheisten ohjaus riskitekijöistä (1)		
Läheisten ohjaus liikunnasta(1)		
Läheisten tiedonsaanti tärkeää (3)		
Omaisten osallistuminen ohjaukseen (2)	Omaisten läsnäolo ohjaustilanteessa	
Omaisten mukanaolo ohjaustilanteessa (7)		
Läheisten osallistuminen ohjaukseen tärkeää (3)		
Läheisillä suuri merkitys potilaiden toipumisessa/selviytymisessä (3)		

Monipuoliset ohjausmenetelmät (2)	Ohjausmenetelmät monipuolisia	Potilasohjauksen tasokas toteuttaminen
Teknologia avusteinen ohjaus tehokasta (3)		
Teknologia avusteinen ohjaus tavoittaa suuret potilas määrät (3)		
Terveysvalmennusohjelmat lupaavia menetelmiä (3)		
Vertaistuen yhdistäminen muuhun ohjaukseen (3)		
Suullinen ohjaus (3)		
Kotiutusvaiheen tehostetun ohjauksen yhdistäminen puhelimitse annettuun tukeen ja neuvontaan antaa hyviä tuloksia (3)		
Kirjallinen materiaali sisällöltään ajan tasalla(2)	Kirjallinen neuvonta	
Kirjallinen materiaali ulkomuodoltaan selkeä (2)		
Kirjallinen materiaali (3)		
Kirjallinen materiaali kielellisesti ymmärrettävää (2)		
Hyvät tilat (2)	Ohjauksen riittävät resurssit	
Riittävät resurssit (3)		
Etukäteen varattu aika edistää potilaslähtöisyyttä (4)		
Onnistunut aikajärjestely (2)		
Hoitohenkilökunnan tiedolliset valmiudet (2)	Hoitohenkilökunnan ohjaus osaaminen	
Hoitohenkilökunnan taidolliset valmiudet (2)		
Hoitajan hyvä asennoituminen (2)		
Ohjaus ymmärrettävää (3)		
Ohjauksen käsitteisiin liittyvät tekijät selkeitä (4)		
Ohjaus painottuu sairaalavaiheen jälkeiseen aikaan (3)	Ohjauksen oikea ajoitus	
Akuuttivaiheessa potilaat tarvitsevat rauhoittavaa selviytymistä tukevaa tietoa (3)		
Vaaratekijöihin liittyvä ohjaus sairaalasta pääsyn jälkeen (3)		

Tieto ravitsemuksesta (7)	Tieto ravitsemuksen merkityksestä	Ohjaus hyvistä elämäntavoista
Ruokavaliota pidetään merkittävänä (1)		
Ruokavaliota merkityksellisenä pitävät noudattavat terveellistä ruokavaliota (1)		
Tupakoin merkitystä pidetään suurena sepelvaltimotaudin synnyssä ja ehkäisyssä (1)	Tieto tupakoinnin merkityksestä	
Tieto tupakoinnista (6)		
Tupakoinnin merkityksellisenä pitäminen yhteydessä tupakoinnin lopettamiseen (1)		
Liikunnan merkitystä pidetään suurena sepelvaltimotaudin synnyssä ja ehkäisyssä (1)	Tieto liikunnan merkityksestä	
Liikunnan merkityksellisenä pitäminen yhteydessä liikkumiseen (1)		
Tieto liikunnasta (7)		

Potilaan nuori ikä (5)	Iän merkitys ohjauksessa	Potilaan taustatekijöiden huomioiminen ohjauksessa
Tiedon vastaanottamiseen vaikuttaa potilaan nuori ikä (6)		
50-65 vuoden ikä (4)		
Ikääntyneiden ohjaukseen erityishuomiota (3)		
Naiset kaipaavat ohjausta määrällisesti enemmän (3)	Sukupuolen merkitys ohjauksessa	
Naiset haluavat enemmän ohjausta arkielämästä selviytymiseen (3)		
Naiset kaipaavat enemmän henkistä tukea(3)		
Miehillä parempi fyysinen toimintakyky ja aktiivisuus (3)		
Miehet kokevat saavansa riittävämmän ohjausta (4)		
Asenteet riskitekijöihin vaikuttavat terveyskäyttäytymiseen (1)	Suhtautuminen sairauteen	
Henkilökohtaisten vaaratekijöiden tiedostaminen auttaa hoitoon sitoutumisessa (3)		
Omien tavoitteiden asettaminen auttaa hoitoon sitoutumisessa (3)		

**Mitä tekijät estävät sepelvaltimotautipotilaan ohjausta kotiutumisvaiheessa?**

Riittämätön ohjaus sairauden syistä (2)	Tiedon puute sairaudesta ja sen hoidosta	Riittämätön ohjaus sepelvaltimotaudista ja sen hoidosta
Ohjaus riittämätöntä sairauden syistä (4)		
Ohjaus riittämätöntä toipumisajan pituudesta (4)		
Ohjaus riittämätöntä sairauden ennusteesta (4)		
Vähäinen tieto mahdollisista ongelmista sydäninfarktin jälkeen (6)		
Ohjaus riittämätöntä hoitovaihtoehtoista (4)		
Huonosti tietoa tehtyjen tutkimusten tuloksista (7)		
Ohjaus riittämätöntä hoidon riskeistä (4)	Vähäinen ohjaus riskitekijöistä	
Ohjaus riittämätöntä vaaratekijöistä (4)		
Tiedon puute riskitekijöistä (1)		
Riittämätön tieto sairauden komplikaatioista (7)		
Vähäinen tieto lääkkeiden käytöstä (6)	Riittämätön tieto lääkityksestä	
Tiedon puute lääkehoidosta (1)		
Riittämätön tieto lääkityksen sivuoireista (7)		

Tiedon puute harrastuksista (1)	Liian vähäinen tieto fyysisestä toimintakyvystä	Elämäntapaohjauksen puute
Ohjauksen puute liikunnasta (1)		
Riittämätön ohjaus liikunnasta (7)		
Riittämätön ohjaus kuntoutuksesta (2)		
Vähäinen tieto seksuaalisesta aktiivisuudesta (6)		
Miehiä huolestuttaa seksuaalisuus (3)		
Tiedon puute ruokavaliosta (1)	Tiedon puute ravitsemuksesta	
Riittämätön ohjaus ravitsemuksesta (7)		
Vähäinen tieto elämän tavoista (6)		

Lyhyt ohjausaika (2)	Ohjauksen resurssit	Riittämättömät resurssit ja ohjausmenetelmien yksipuolisuus
Ohjausaika riittämätöntä (4)		
Ohjaus aika riittämätön (7)		
Sovittujen aikojen vaihtuminen (2)		
Ohjaukseen varattu aika riittämätöntä (3)		
Ohjaustila huonosti soveltuva (2)		
Ohjaajien vaihtuminen (2)		
Ajallisesti jakautuu epätasaisesti (2)	Ohjauksen ajoitus	
Ajoituksessa kehitettävää (3)		
Akuuttivaiheessa annetaan liikaa tietoa (3)		
Tiedon puute kotiutusvaiheessa (6)		
Tiedon puute kotiutuksen jälkeen (6)		
Nuoremmat potilaat jäivät useammin ilman tietoa kotiutuksen jälkeen (6)		
Potilailla joilla oli lyhempi sairaalas- saolo aika jäivät useammin ilman tietoa kotiutuksen jälkeen (6)		
Ohjausmenetelmiä ei käytetä monipuolisesti (2)	Ohjausmenetelmissä puutteita	
Yksilöohjauksen vaikuttavuutta on kyseenalaistettu (3)		
Ryhmäohjauksen vaikuttavuutta on kyseenalaistettu (3)		
Ohjausmenetelmissä kehitettävää (3)		
Ohjausmenetelmien hallinta riittämätöntä (3)		
Demonstraatio riittämätöntä ohjauksen tukena (7)		
Ei kirjallista ohjausmateriaalia (4)	Materiaalinen käyttämättömyys	
Ei hallita tarvittavaa välineistöä (2)		
Valmiudet käyttää ohjauksessa tarvittavaa materiaalia puutteellista (4)		

Huonosti ohjausta sosiaalisesta tuesta (7)	Ohjauksen puute sosiaalisiestatuesta	Taloudellisen pärjäämisen ja sosiaalisentuen saannin puute
Ohjauksen puute tukiryhmistä (4)		
Riittämätön ohjaus tukiryhmistä (2)		
Ohjaus puutteellista terveystalouden saatavuudesta (7)		
Tiedon puute sosiaalityöstä (1)	Ohjauksen puute taloudellisesta pärjäämisestä	
Ohjauksen puute sosiaalityöskäytännöstä (4)		
Ohjaus puutteellista vakuutuksen kattavuudesta (7)		
Miehiä huolestuttaa enemmän taloudellinen tilanne (3)		
Vähäinen tieto työllistymisestä (6)		



Potilaan kontekstia ei huomioida (4)	Ohjauksen yksilöllisyys puutteellista	Hoitajan puutteelliset ohjaustaidot
Ohjaus ei yksilöllistä (2)		
Potilaan elämäntilannetta ei huomioida (4)		
Ohjauksen soveltamattomuus päivittäiseen elämään (7)		
Terveystenhoitohenkilöstö ei aina huomionnut ohjaustarpeita (7)		
Tietämättömyys potilaan aiemmasta ohjauksesta (3)		
Tietämättömyys miten potilas on ohjeet ymmärtänyt (3)		
Vuorovaikutus autoritaarista (4)	Ohjauksen ilmapiiri	
Ohjauksen vuorovaikutus ja ilmapiiri autoritaarista (7)		
Ohjaus pakonomaista (7)		
Ohjattavalla tunne, että henkilökunta vihasia heille (7)	Hoitajan asennoituminen ohjaukseen	
Ohjausilmapiiri epämiellyttävä (7)		
Hoitajan asennoituminen ylimalkaista (2)		
Ohjaus virheellistä (2)	Hoitajan tietotaito riittämätöntä	
Henkilökunnan tietotaso riittämätöntä (3)		
Tietoa liian vähän		
Vierasperäiset-sanat (2)	Ohjausta vaikea ymmärtää	
Ohjausta ajoittain vaikea ymmärtää (7)		
Ohjaajien ristiriitaisuus ohjeissa (2)		